

HOMICIDE & SUICIDE

Essai de diagnostic différentiel

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Marie-Paul-Raymond MIDON

Né à Diarville (Meurthe-et-Moselle), le 29 juin 1885.

Préparateur de Médecine légale à la Faculté de Nancy.

(AVEC 5 PLANCHES HORS TEXTE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM PARISOT	professeur...	Président.
		WEISS	professeur...	
		SENCERT	agréé.....	Juges.
		PARIS	agréé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1912

HOMICIDE & SUICIDE

Essai de diagnostic différentiel

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 12 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Marie-Paul-Raymond MIDON

Né à Diarville (Meurthe-et-Moselle), le 29 juin 1885.

Préparateur de Médecine légale à la Faculté de Nancy.

(AVEC 5 PLANCHES HORS TEXTE)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FARISOT
WEISS
SENCERT
PARIS

professeur...
professeur...
agrégé. . . .
agrégé.....

Président.

Juges.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1912



FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O  I .

Assesseur : M. WEISS,  I .

Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS,  I , NICOLAS, I , PRENANT, I ,
BERNHEIM, O  I .

Professeurs.

Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, O  I  .
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER  I  .
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I  .
Clinique chirurgicale.....	M. WEISS  I  .
Chimie médicale et toxicologie.....	M. GARNIER, I  .
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I  .
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. HERRGOTT  I  .
Hygiène.....	M. MACÉ, I  .
Clinique médicale.....	M. SCHMITT, I  .
Physiologie.....	M. MEYER,  I  .
Pathologie gén. et Pathologie interne.....	M. SIMON, I  .
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, I  .
Clinique ophtalmologique.....	M. ROHMER, I  .
Médecine légale.....	M. PARISOT, I  .
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, I  .
Histologie.....	M. BOUIN, I  .
Anatomie descriptive.....	M. ANGEL, A  .
Anatomie pathologique.....	M. HOCHÉ, I  .

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1).....	M. GUILLOZ,  I  .
Pathologie externe.....	M. VAUTRIN, I  .

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards...	M. ETIENNE, I  I  agrégé libre.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, A  agrégé libre.
Accouchements.....	M. SCHUHL, I  agrégé libre.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1).....	M. FROELICH, I  I  agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)...	M. JACQUES, I  I  agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1).....	M. ANDRÉ, I  I  agrégé libre.
Clinique des maladies mentales.....	M. PARIS, I  I  .
Médecine opératoire.....	M. MICHEL, I  I  agrégé.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. ZILGIEN, I  I  agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ,  I  .	MM. COLLIN, A  .	MM. BUSQUET.
LAMBERT, I  .	DUFOUR, A  .	LUCIEN, A  .
RICHON, A  .	SENCERT, A  .	BINET.
G. GROSS, A  .	ROBERT, A  .	PERRIN, A  .
FRUHINSOLZ, A  .		

Agrégés libres

MM. REMY, A  I , FÉVRIER, O  I , ETIENNE, I  I , ZILGIEN, I  I , FROELICH, I  I ,
SCHUHL, I  I , JACQUES, I  I , ANDRÉ, I  I , MICHEL, I  I , L. SPILLMANN, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS,  I  I  M, I  I  Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR COLNOT
ET DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE
LE DOCTEUR MIDON
A MA MÈRE

Témoignage de vive affection.

MEIS ET AMICIS

A MON MAÎTRE

ET

PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur PIERRE PARISOT

INTRODUCTION

Le diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide a préoccupé les médecins légistes de toutes les époques, sans que les nombreux travaux qui ont été faits sur cette question si importante puissent résoudre tous les problèmes qu'elle comporte.

Nous n'avons ni la prétention, ni les moyens de solutionner tous ces problèmes, mais seulement l'espoir d'apporter à quelques-uns d'entre eux, un peu plus de lumière, ou tout au moins d'avoir rempli le but dans lequel notre Maître, M. le Professeur Pierre Parisot nous a inspiré cette thèse : récapituler dans un travail d'ensemble, les moyens dont le médecin légiste dispose actuellement pour arriver au diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide.

Les documents de cet ouvrage seront puisés dans la littérature médico-légale, mais le plus souvent que nous le pourrons, nous utiliserons l'expérience per-

sonnelle de M. le Professeur Parisot et la nôtre, expérience acquise au cours des nombreuses expertises pour lesquelles nous avons assisté notre Maître pendant deux années, comme préparateur bénévole et quatre ans comme préparateur titulaire.

Les cas de suicide et d'homicide peuvent varier à l'infini ; dans l'impossibilité de les étudier tous, nous nous bornerons à l'examen des cas les plus typiques, les plus fréquemment rencontrés dans la pratique médico-légale ou les plus intéressants au point de vue du diagnostic différentiel.

Le suicide peut être exécuté d'une manière que nous appellerons normale, par exemple : coup de revolver dans la région temporale ou du cœur. D'autres fois, la mort est due à un acte anormal, très rarement usité ou présentant des caractères d'originalité : plaie mortelle de l'anus par arme à feu.

L'originalité pourra encore résulter de la multiplicité ou de la superposition des actes ayant entraîné la mort : pendaison et coup de revolver réunis. De ce caractère normal ou anormal de l'acte, nous nous efforcerons dans chaque cas particulier de tirer les déductions qui peuvent faciliter la solution du problème.

M. le Professeur Parisot considère que le suicide n'est jamais un acte normal, c'est un acte pathologique qui serait le plus souvent l'expression d'une tare névropathique personnelle ou ancestrale. Cette étio-
logie du suicide, que nous ne saurions discuter sans sortir de notre sujet, peut se révéler souvent par une originalité qu'explique cet état névropathique et qui

donne parfois à ce suicide l'apparence d'un homicide. Ces cas peuvent se rencontrer même en dehors des asiles. Souvent des vésaniques en état de liberté mettent fin par un suicide original à l'originalité de leur vie. Nous en donnerons quelques exemples.

Si l'état mental pathologique du suicidé peut donner à son acte les caractères d'un homicide, l'homicide peut être souvent l'acte d'un vésanique. Il sera la conséquence de la colère, de la vengeance, d'une impulsion. Qu'il soit conscient ou non, surtout lorsqu'il sera conscient au moment de son acte, le meurtrier cherchera parfois à le dissimuler, soit par la façon dont il l'exécutera, soit en disposant sa victime de manière à faire croire à un suicide.

Nous montrerons que parfois un examen trop superficiel peut causer une erreur de diagnostic.

Les éléments de diagnostic différentiel sont empruntés à la levée de lieux, à la levée de corps, à l'autopsie, ainsi que nous le montrerons au cours de ce travail.

Signalons également la place prépondérante occupée par les empreintes diverses et surtout par les empreintes papillaires des doigts et de la main, dans le diagnostic du suicide et de l'homicide. Il est bien entendu que quand nous parlons d'empreintes, il s'agit soit d'empreintes sanglantes, soit d'empreintes invisibles. Malgré nos recherches bibliographiques étendues, nous n'avons pas trouvé qu'on invoquât le **signe des empreintes** comme permettant dans les cas douteux de faire le diagnostic. Ce *signe* est celui qui a pour nous la valeur la plus décisive.

Notre Maître, M. le Professeur Pierre Parisot, dans

une expertise que nous rappelons plus loin, l'a invoqué pour la première fois.

Une expérimentation méthodique nous a permis d'établir la disposition la plus habituelle des empreintes, dans les cas de suicide et d'homicide, pour différentes armes ou instruments (couteaux, revolvers, etc.). Nous avons enfin recherché et décrit les meilleurs procédés qui permettent de faire apparaître des empreintes papillaires que l'œil ne perçoit pas sur ces différentes armes.

Il serait intéressant de faire un historique général de la question, mais pour éviter les redites, il nous a paru préférable de placer un historique de chaque cas particulier au début du chapitre qui le concerne.

Nous avons divisé notre travail en quatre parties :

Dans la première, nous examinons les éléments généraux de diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide.

La deuxième partie est consacrée aux asphyxies, étudiées par ordre de fréquence. Elle est divisée en trois chapitres : le premier traite de la pendaison suicide, homicide et simulée ; le second de la submersion suicide et homicide ; le troisième de la strangulation.

Dans la troisième partie, nous exposons le diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide par coups de revolver.

La quatrième et dernière partie est consacrée au diagnostic du suicide-homicide par instruments tranchants, tranchants et piquants, tranchants et pesants.

Pour plus de clarté, nous avons placé à la fin de

chaque chapitre, un résumé présenté sous forme de tableau qui tiendra lieu de conclusions.

Notre travail, qui contient cinq planches photographiques hors texte exécutées par nous-même, se termine par un résumé général.

Avant d'écrire les premières pages d'un livre où, seule, la froide raison poursuivra la recherche de la vérité, qu'il nous soit permis, suivant la tradition, de laisser parler notre cœur pendant quelques instants :

Ce sera pour dire notre tristesse de voir fuir les années heureuses au cours desquelles il nous fut donné d'étudier la médecine légale sous la direction du Maître vénéré dont nous fûmes le préparateur. Pendant notre séjour dans son laboratoire, M. le Professeur Pierre Parisot nous témoigna un intérêt, une paternelle bonté, dont nous conserverons un souvenir à jamais reconnaissant ! Nous avons pu lui apporter notre modeste collaboration à de nombreuses expertises : prodigue de ses conseils judicieux, l'éminent médecin légiste nous initiait à cette science spéciale dans laquelle il a acquis une si grande notoriété, cependant que le clinicien érudit nous rappelait à chaque instant les connaissances médicales qui font la base de la médecine légale. Nous lui devons des connaissances médico-légales, des connaissances cliniques, des connaissances scientifiques multiples ; nous lui devrions surtout, si nous avons su profiter de ses conseils et de son exemple, l'esprit d'observation, d'ordre, de méthode, de haute probité scientifique et professionnelle, sans lequel il n'y a pas de bon praticien.

Après avoir acquis tant de droits à notre reconnaissance, notre très honoré Maître a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse, et nous faire l'honneur d'en accepter la présidence. Puisse-t-il voir dans l'effort que nous avons fait pour mener à bien la tâche qu'il nous avait confiée, un témoignage de notre infinie gratitude et de notre respectueuse affection.

Au moment de quitter la Faculté nous adressons un souvenir ému aux Maîtres dont la science et le dévouement ont fait notre admiration au cours de nos études. Nous garderons à tous une reconnaissance profonde, mais qu'il nous soit permis d'adresser un hommage spécial à M. le Professeur Weiss qui a bien voulu nous faire l'honneur de siéger à notre jury.

M. le Professeur Gross, doyen de la Faculté, nous a toujours témoigné beaucoup d'intérêt ; nous lui offrons l'assurance de notre vive gratitude.

Nous remercions M. le Docteur Pâris, médecin en chef de l'asile de Maréville, et M. le Professeur Sencert de leur grande amabilité dont ils nous donnent aujourd'hui une preuve nouvelle, en siégeant au jury de cette thèse.

A notre excellent ami, le Docteur Bedin, nous adressons l'expression de nos sentiments bien affectueux. Les bons moments passés avec lui et au milieu des siens laisseront dans notre cœur, un impérissable souvenir.

A M. Burellier-Daubenton, chirurgien-dentiste, nous offrons le témoignage amical de notre vive sympathie. Nous n'oublierons jamais l'affabilité avec

laquelle il nous a reçu dans sa famille et nous le remercions bien sincèrement de nous avoir initié à la pratique de sa spécialité.

Enfin, à tous nos amis de la Faculté, nous adressons notre meilleur souvenir.

PREMIÈRE PARTIE

Eléments généraux de diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide

Nous nous proposons, dans ce chapitre, d'indiquer d'une manière sommaire les éléments généraux qui contribuent au diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide, réservant les détails pour les chapitres spéciaux. Nous allons passer successivement en revue : *la levée des lieux, la levée de corps, l'autopsie*. En indiquant brièvement comment ces différentes opérations doivent être pratiquées pour favoriser d'une manière complète le diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide.

Levée de lieux

La levée de lieux sera pour le médecin légiste une source inépuisable de renseignements, qui l'aideront

dans son diagnostic, si rien de ce qui entoure le cadavre n'a été modifié avant son arrivée. Malheureusement, il en est rarement ainsi, l'enquête est commencée depuis quelque temps et même quelquefois terminée lorsque le médecin légiste arrive. Il serait urgent de prendre des mesures qui auraient pour but de régler la marche de l'expertise criminelle qui pourrait avoir lieu de la manière suivante (1) : lorsqu'un cadavre portant des traces de violences suspectes sera découvert, le médecin qui constatera le décès évitera de déplacer le cadavre si possible, sinon il fera un rapport détaillé décrivant la situation du corps. Si la mort violente était reconnue, la maison serait rigoureusement consignée en attendant l'arrivée du Parquet et du médecin légiste. Ceux-ci pourront de pair pratiquer un examen minutieux des lieux.

Les empreintes en général et les empreintes papillaires visibles ou latentes seront recherchées avec soin. Nous trouverons en elles le plus souvent, la signature de la personne qui aura commis l'acte, que ces empreintes se trouvent : sur les murs, sur des objets, ou sur l'arme utilisée. Nous le démontrerons plus loin.

Nous devons signaler ici les récentes observations de M. Bertillon (2), relatives à la valeur des empreintes papillaires comme signe d'identité : il estime que le nombre de dix à quinze particularités pour un même doigt est suffisant pour donner aux conclusions

(1) TOUSSAINT, Réformes pratiques de l'expertise médico-judiciaire spécialement à la campagne. *Thèse*. Nancy, 1911.

• (2) BERTILLON, Les empreintes digitales. *Arch. d'anth. criminelle et M. L.*, t. XXVII, n° 217, p. 36.

un degré de vraisemblance voisin de la certitude et fait remarquer que l'on rencontre quelquefois entre frères et frères jumeaux surtout des empreintes digitales qui offrent sur une certaine étendue, un nombre de particularités communes qui peut dépasser ce chiffre. Dans le cas où l'inculpé aurait un frère soupçonnable, la comparaison des empreintes de celui-ci avec la trace incriminée permettra de l'éliminer aussi bien s'il y a discordance complète des empreintes, que s'il y a concordance de certaines particularités, car dans ce cas, la distinction se fera au moyen des dissemblances qui les accompagnent toujours.

La contribution apportée par les empreintes au diagnostic différentiel de l'homicide et du suicide est tellement importante que nous devons donner quelques indications sur la manière dont elles doivent être traitées.

Des empreintes sanglantes sont-elles reconnues sur un meuble, sur le mur, ou sur la porte ? Si on ne peut les photographier de suite, elles seront immédiatement recouvertes par une planchette beaucoup plus grande, clouée de telle façon qu'elle n'ait pas de contact avec l'empreinte. Trouve-t-on une empreinte de main dans la poussière occupant le dessus d'un meuble, elle sera immédiatement recouverte ? Si les empreintes sont déposées sur des verres, bouteilles, lampes, armes, etc., ces objets seront d'abord examinés sur place, leur position décrite, et fixée ensuite par la photographie avec précision. On pourra ensuite en les saisissant en des points où il n'y a pas d'empreintes, avec des gants si possible, les placer dans un

endroit où ils seront protégés jusqu'au moment de leur transport, qui sera effectué de différentes manières. Si l'on se trouve à Paris ou dans les environs immédiats, on peut se faire expédier la bertillonne, sorte de petite malle, imaginée par M. Bertillon, malle qui contient un dispositif destiné à recevoir et à maintenir sans qu'il y ait frottement des objets divers recouverts d'empreintes. Mais l'on n'a pas toujours le temps d'attendre ; il faut alors employer des moyens de fortune. M. le Docteur Stockis, médecin légiste à Liège, dans les instructions qu'il a données à la police (1), sur l'emballage des pièces à conviction en février 1911, donne des recommandations dont nous retiendrons les principales :

Il est toujours possible de fabriquer un emballage parfait à l'aide de matériaux que l'on trouve partout : papier, carton, planchettes, boîtes, caisses, ficelles. Le point essentiel est d'y mettre tous les soins voulus.

Ce qu'il faut obtenir, c'est que les pièces à conviction restent dans l'état où elles ont été trouvées, et que les traces, les empreintes, les taches, les dépôts suspects qu'elles portent soient conservés intacts pour la justice. C'est spécialement à ce point de vue de la sauvegarde des indices que nous envisagerons l'emballage, et quelques exemples fixeront les idées à cet égard. La règle générale à observer est celle-ci : emballer de telle façon que les empreintes ou les taches ne soient touchées ou frottées par rien. Il faut par conséquent, tout d'abord, manipuler très prudemment les objets, et il ne faudra jamais se borner à envelopper de

(1) *Arch. intern. de méd. légale*, V. II, fasc. I et II, p. 51.

papier un objet portant des empreintes, si l'on n'a pris, pour isoler celles-ci, les précautions que nous allons indiquer. Les objets qui portent ces indices, et qui doivent être traités avec soin, sont, par exemple :

a) Les *bouteilles, verres, tasses, soucoupes, assiettes, bocaux, globes, lampes et leurs verres, bougeoirs, vases et bibelots divers en verre, porcelaine, métal lisse, les boîtes, les coffrets, etc...*, portant des empreintes digitales, des taches de sang ou de poussière. On les saisira par les angles ou les arêtes, entre le bout des doigts des deux mains, même gantées, de façon à les toucher par la plus petite surface possible, et par les endroits où il n'est pas probable qu'il existe des traces à conserver ; saisir donc prudemment les objets autrement qu'on ne les saisit d'ordinaire, autrement que ne l'ont fait les malfaiteurs dont il s'agit de relever les traces. On déposera alors chacun des objets dans une caissette bien propre, en appuyant une extrémité contre l'une des parois, — le pied des verres, vases, etc., sur le petit côté de la caisse mise debout, — et en serrant entre l'extrémité opposée et l'autre paroi, des morceaux de bois, de carton plié, ou de liège ; de cette façon l'objet est suspendu par les bouts, et à l'abri de contacts qui détruiraient les empreintes.....

Pour les *bouteilles*, on peut encore procéder comme suit : la déposer debout au centre d'une assez grande feuille de carton (calendrier mural, par exemple) ; diviser celle-ci par des incisions rayonnantes, au canif, en lames de trois à quatre centimètres de large, que l'on ramène toutes vers le haut, en les laissant bomber autour de la bouteille et que l'on réunit contre le bouchon par des tours de ficelle ; ici encore, la surface de l'objet sera mise ainsi à l'abri des contacts.....

e) Les *instruments, armes, outils*, qui portent des traces à conserver, seront fixés à l'intérieur du couvercle d'une caisse, à l'aide d'une anse de ficelle passée par deux trous pratiqués dans celui-ci, et liée par l'extérieur. Un couteau peut être cousu sur un couvercle de boîte de carton ; un canif sera fixé ouvert sur une planchette, à l'aide de punaises, ou de tours de ficelle, ou introduit dans une bouteille bien sèche. On évitera que les instruments soient soumis à des frottements, qui pourraient enlever, sur des outils ayant servi à des effractions, des dépôts recueillis par des anfractuosités du métal au cours de leur utilisation criminelle, et qui pourraient faire ultérieurement la preuve de celle-ci.

Pour les *armes à feu*, même lorsqu'elles ne paraissent pas porter des empreintes, des traces suspectes, il est toujours nécessaire de les emballer, intactes, sans les manipuler, dans une ou plusieurs feuilles de papier fort ou, pour les revolvers, dans une caissette propre, après avoir toutefois immobilisé la détente, le chien et le barillet par des tours de corde, si l'arme était encore chargée.

f) Les *vêtements et linges* peuvent porter, soit des déchirures intéressantes, soit des traces suspectes réclamant un examen minutieux. Pour protéger ces traces, on évitera de comprimer ces objets, — comme on le fait presque toujours encore, dans le but d'en diminuer le volume pour le transport. — On étendra sur le tissu une feuille de papier blanc et on pliera le tout soigneusement dans les endroits non intéressants ; de la sorte, les taches et dépôts qui souillent un endroit du tissu ne viendront pas en contact avec ceux d'une autre partie, ce qui pourrait être préjudiciable à la rigueur des constatations ultérieures ; ou bien, s'il n'existe qu'une seule tache suspecte, fixer sur elle un morceau de papier en l'épinglant par les bords. On traitera

ainsi, de l'une ou l'autre façon, les linges souillés de sang, de sperme, de boue, de cheveux ou de poils, etc.

Ces objets seront alors enveloppés de papier fort, de préférence avec une feuille de carton ou une planchette — pour éviter les plissements — ou mieux encore déposés dans une boîte.....

On veillera, dans l'emballage des *souliers*, des *chapeaux*, *casquettes* et autres objets semblables portant des taches ou des souillures diverses à conserver, à ce que ces objets ne soient pas soumis à des frottements ; le plus possible, les mettre dans des boîtes.

g) On veillera aussi à l'emballage des *moulages au plâtre*, d'empreintes de pas, etc., qui auraient été pris sur les lieux. Le mieux est d'y laisser adhérer une bonne couche du sol et de déposer le tout, enveloppé d'un vieux linge ou de papier, au milieu d'une caisse remplie de paille, afin d'éviter les chocs qui les briseraient. Ceci est, du reste, le procédé de choix à employer pour le transport de tous les objets fragiles, qui seront d'abord bien enveloppés pour éviter le contact de leurs surfaces, puis noyés dans une bonne couche de paille ou de foin, à l'abri des chocs éventuels.

Le dispositif suivant, qui nous est personnel et que nous avons présenté à l'Exposition de Nancy 1909 (V. Planche I B), nous a permis de transporter facilement des bouteilles recouvertes d'empreintes en conservant celles-ci intactes ; nous plaçons à plat une feuille de feutre assez épaisse et de taille suffisante pour entourer complètement la bouteille, et sur elle, une feuille de papier blanc bien propre de mêmes dimensions ; la bouteille saisie délicatement par ses extrémités est couchée sur cette feuille, en évitant les



A

B

frottements. Nous enroulons la feuille de papier, puis le feutre et nous maintenons le tout soit par quelques tours de ficelle, soit par deux anneaux en caoutchouc placés aux deux extrémités. Nous avons même construit des colliers portant une vis de serrage, qui assurent une plus grande fixité aux enveloppes protectrices de la bouteille. La bouteille sera ensuite placée dans une boîte où un sac pour la protéger contre les chocs.

Ce dispositif légèrement modifié, nous a permis d'obtenir facilement par photographie directe, la reproduction d'empreintes papillaires déposées sur des bouteilles, dont le verre est suffisamment transparent. On connaît les défauts des photographies d'empreintes sur les corps cylindriques et brillants ; elles présentent des déformations, et peuvent avoir certains de leurs points effacés par le halo formé par la réflexion de la source lumineuse sur le verre. Notre procédé supprimant ces défauts donne une image absolument identique à l'original, sans aucune déformation et nous l'appliquons de la manière suivante : Une feuille de papier sensible au gélatino-bromure d'argent est placée, gélatine contre verre, sur les empreintes (révélées au préalable, si elles sont invisibles), puis maintenue par un feutre ; le tout est fixé à chaque extrémité, par deux colliers munis de vis (Planche I A). Il suffit de faire brûler devant la face opposée à l'empreinte, un morceau de ruban de magnésium de longueur variable suivant la transparence du verre et l'intensité de l'empreinte, pour obtenir

une épreuve négative, très nette et exactement superposable à l'original.

Cette opération peut être répétée plusieurs fois sans nuire à l'empreinte. On pourra ensuite faire avec cette épreuve sur papier, par photographie ou par contact direct, un positif qui, agrandi, sera utilisé pour l'identification.

Il est bien évident que si le verre est très opaque, nous n'obtiendrons aucun résultat ; dans ce cas, il faudra recourir au procédé recommandé par M. Stockis (1) et qui consiste à appliquer sur l'empreinte révélée au préalable, une feuille de papier gélatiné (papier sensible au gélatino-bromure d'argent employé pour le tirage des épreuves). Cette feuille après avoir été impressionnée est fixée, puis lavée, on l'applique ensuite après l'avoir essorée entre deux buvards sur les empreintes révélées en blanc, l'empreinte adhère à la gélatine et se trouve reportée sur le papier. Si l'empreinte a été révélée en noir, on emploiera de la même manière, le papier photographique, mais sans l'avoir exposé à la lumière avant le fixage. L'image obtenue demande à être retournée par la photographie en employant les procédés habituels. Aussi M. Stockis (2), dans une communication récente, a-t-il proposé de substituer au papier les pellicules photographiques sensibles dépouillées de leurs sels d'argent. Celles-ci sont transparentes et

(1) *Arch. intern. de méd. légale*, VII, fasc. III, p. 196, et *Ann. H. P.*, et *M. L.*, Fév. 1911.

(2) *Arch. intern. de méd. légale*, V. II, fasc. IV, p. 260.

il suffit de les retourner pour voir les empreintes dans leur sens naturel.

Quant aux procédés les plus pratiques pour révéler les empreintes papillaires, nous les indiquerons au cours de notre travail, au moment de leurs applications.

Signalons cependant ici, le procédé décrit par le docteur Bedin (1) pour la conservation des empreintes de pieds ou de mains dans la poussière, et qui consiste à imprégner de cire la poussière dans laquelle se trouve l'empreinte. La cire est déposée en minces couches de fins copeaux obtenus par raclement. La cire est ensuite fondue à l'aide d'une lampe à souder tenue à une distance convenable.

Nous avons insisté plus haut sur les soins à apporter à la description des lieux du crime, mais si détaillée soit-elle, cette description ne sera la plupart du temps claire et exacte que si elle est accompagnée d'une ou de plusieurs photographies.

Le Docteur Bedin (2) a déjà insisté sur ce point et Niceforo (3) a démontré d'une manière complète, l'utilité de cette photographie en donnant à l'appui de nombreuses reproductions de lieux qui ont été le théâtre d'assassinats.

Le Docteur Reiss (4) parlant de la photographie prise sur le lieu du crime s'exprime ainsi : « Elle sera

(1) La photographie au laboratoire de médecine légale de l'Université de Nancy, p. 121.

(2) D^r BÉDIN, La photographie au laboratoire de médecine légale (*Thèse*, Nancy, 1908, p. 39).

(3) NICEFORO, La police et l'enquête judiciaire, p. 1.

(4) Manuel de police scientifique, p. 357.

un document indiscutable pris automatiquement, et reproduisant fidèlement les faits, elle constitue un moyen de mettre à tout moment devant ses yeux, l'image exacte de l'endroit où a eu lieu l'événement. »

Il cite l'exemple suivant où cette photographie aurait pu permettre de faire le diagnostic du suicide ou du crime.

On trouve dans son lit le cadavre d'un homme, la tempe percée d'une balle de revolver. La main crispée tient encore l'instrument meurtrier. Le juge d'instruction appelé fait les constatations d'usage. Aucune trace de combat ; il conclut au suicide et donne le permis d'inhumer. Après quelques jours, sur certains indices, on vient à douter de ce suicide et l'on est amené à croire que l'homme en question a été victime d'un habile assassinat. Mais malheureusement, le lit défait, la chambre balayée et les meubles mis en ordre, il n'est plus possible d'examiner attentivement la main serrant le revolver pour pouvoir reconnaître si la position du doigt est naturelle ou forcée. Il n'est également plus possible de constater de légers plis à la descente de lit ou au tapis indiquant un combat entre la victime et l'assassin ou montrant la direction de la marche du meurtrier après l'accomplissement de son crime, etc. Des photographies du lieu et du cadavre faites dès le premier constat auraient comblé cette lacune.

La situation des armes ou instruments, par rapport au sujet sera décrite avec soin. On les emballera en suivant les recommandations précédentes. On verra, en effet, dans les troisième et quatrième parties de ce travail, qu'à défaut d'empreintes visibles, le médecin légiste pourra trouver des empreintes latentes, dépo-

sées par la personne qui aura utilisé ces armes et qui constitueront pour lui de précieux éléments de diagnostic.

La levée de corps

La position du corps sera décrite avec les mêmes soins que l'état des lieux, sans omettre le moindre détail. On devra également compléter cette description par une ou plusieurs photographies, car dans ce cas surtout, lorsque l'autopsie sera terminée, il ne serait plus possible sans ces précieux documents de se reconstituer dans l'esprit, la position exacte du sujet, la photographie en offrant une reconstitution permanente et comme le dit fort bien Reiss : « La nécessité de fixer sur la plaque photographique l'image du constat s'impose, pas seulement pour corriger les oublis et les interprétations erronées, mais aussi pour réparer un phénomène d'ordre purement psychologique. En effet, il est reconnu depuis longtemps que nous ne voyons que ce que nous voulons voir, et nous nous faisons bien vite une opinion sur la nature du crime, de l'accident, etc., nous chercherons les indices typiques susceptibles d'appuyer cette opinion et délaisserons souvent d'autres petits détails, que nous ne voyons pas parce que nous ne voulons pas les voir. L'appareil photographique est l'enregistreur qui voit tout et qui enregistre tout. »

Le Docteur Bedin, dans sa thèse, cite un exemple dans lequel la photographie a permis d'établir cer-

tains détails qui avaient échappé lors des premières constatations (1). Nous verrons en étudiant les différents modes de suicide ou d'homicide qu'aucun des points de la levée de corps ne doit être négligé : état des vêtements, traces de lutte sur le corps, présence de cheveux différents des siens dans les mains du cadavre, disposition du lien dans la pendaison et la strangulation, taches de sang, caractères des plaies par armes à feu, toutes ces données ont une telle importance qu'elles peuvent parfois à elles seules permettre au médecin légiste de poser son diagnostic.

La levée de corps étant terminée, le médecin légiste prélèvera dans tous les cas les empreintes papillaires des doigts et de la paume du sujet soumis à son examen pour pouvoir les comparer à celles qui auront été ou qui seront ultérieurement découvertes sur les lieux où s'est passé l'événement et sur les objets entourant le cadavre. Nous avons déjà signalé l'utilité de cette comparaison, nous la démontrerons plus loin.

L'autopsie

Les constatations de l'autopsie nous permettent dans de nombreux cas de faire le diagnostic différentiel de l'homicide ou du suicide en nous indiquant, dans la pendaison par exemple, si, sous le sillon, on trouve les lésions habituelles de ce genre de mort, si les différents organes sont modifiés ; le cerveau et les

(1) La photographie au laboratoire de médecine légale, p. 32, pl. II.

poumons congestionnés ; le cœur rempli de sang noir et fluide ou, au contraire, si au sillon ne correspond aucun signe d'asphyxie, la cause réelle de la mort étant par exemple un coup de feu habilement dissimulé.

L'autopsie doit toujours être pratiquée d'une manière minutieuse et complète car pas plus qu'une levée de corps mal faite, une autopsie manquée ne se recommence.

L'autopsie nous permettra aussi de voir si le sujet présente ou non des lésions des organes, maladies incurables, infirmités, par exemple, ou un état particulier de ces organes, susceptibles de pousser au suicide.

Preuves morales

A côté de ces preuves physiques que nous avons examinées, qui permettent de distinguer le suicide de l'homicide, citons les preuves morales qui peuvent aider parfois le médecin légiste dans son diagnostic. Des tentatives de suicide retrouvées dans les antécédents du sujet, la fréquence du suicide dans sa famille, des signes d'aliénation mentale, seront le plus souvent favorables à l'idée de suicide.

Le médecin légiste n'oubliera pas que le suicide par imitation a été observé à toutes les époques, sévissant même d'une manière épidémique.

Plutarque rapporte l'épidémie de suicide des jeunes filles de Millet qui se pendirent en grand nom-

bre et la plupart au même arbre. Moreau, de Tours (1), cite une observation de suicide par arme à feu exécuté par imitation et qui aurait pu, étant donné le jeune âge du sujet, en imposer pour un homicide ou tout au moins pour un accident.

Il y a quelques années, un ouvrier se tuait dans les ateliers de Mme C..., fabricante de petits canons en cuivre, en se tirant dans la tête un coup de ces petits canons qu'il fabriquait. Peu de temps après, un enfant de 12 ans, qui avait entendu parler de ce fait par ses parents, dit : « Tiens, c'est une idée, je ferai comme lui. »

On n'attacha aucune importance à ces paroles. Un jour, on le trouva mort au pied d'une table sur laquelle était un de ces canons. Pour que le doute ne fût pas possible, il avait laissé un papier avec ces mots : « Je me suis brûlé la cervelle exprès. » Aucune raison ne pouvait expliquer cette fatale décision. C'est alors que les parents se rappelèrent ce que leur enfant leur avait dit.

(1) Crimes et suicides étranges 1889, p. 13.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Diagnostic de la pendaison suicide, homicide et simulée.

Historique.

C'est en 1762 que la question de diagnostic différentiel de la pendaison suicide ou homicide se pose pour la première fois, à propos de la révision de l'affaire Calas.

L'opinion publique, avec Voltaire comme porte-parole, s'est soulevée contre cette erreur judiciaire (1), le monde médical s'est ému et, le 14 avril

(1) BROUARDEL, La pendaison, p. 137.

1763 Louis lit à l'Académie de Chirurgie un mémoire sur une question anatomique relative à la jurisprudence, dans lequel il dit qu'un pareil fait peut se reproduire et qu'il importe d'établir les principes pour distinguer, à l'inspection d'un corps trouvé pendu, les signes du suicide et ceux de l'assassinat ; il existe bien, dit-il, quelques notions éparses qu'il importe de fixer et de réunir, mais l'attention des auteurs s'est bornée à la seule question de savoir si le corps suspendu avait été étranglé vivant ou s'il n'avait pas été pendu après avoir perdu la vie par une autre cause. Il insiste sur la nécessité de l'inspection des lieux, de l'examen du corps, de l'étude du sillon et du lien, il aborde la question de la suspension incomplète qu'il confond avec la strangulation. Et combattant la façon dont la constatation du décès du jeune Calas avait été faite, il prétend que le rapport doit être fait par des gens éclairés et après examen attentif.

Mahon, Poilroux, Chaussier indiquent la méthode à suivre dans les expertises relatives à ce genre de mort pour éviter les erreurs. Orfila, en 1823, fait une série de travaux qui précisent la question ; en 1840, Devergie suit la même voie et la discussion qu'il engage avec Orfila sur la pendaison, eut pour résultat de donner à la médecine légale de nouveaux documents permettant le diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide par pendaison.

Dès leur apparition, en 1829, nous trouvons dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* une série de mémoires auxquels nous aurons souvent

recours dans notre travail et qui contiennent de nombreux détails d'une réelle valeur diagnostique.

En 1830 s'ouvre avec le suicide du prince de Condé une ère de débats qui a pour résultat de mettre au point une question fort mal connue à l'époque. Le prince de Condé fut trouvé pendu d'une manière incomplète à l'espagnolette de sa fenêtre ; de ce fait on avait immédiatement conclu à un homicide, car à cette époque on admettait que la suspension incomplète était contraire à l'idée de suicide. La question fut étudiée par Marc qui, après avoir démontré la fréquence de la suspension incomplète dans le suicide par pendaison, établit que le prince de Condé s'était ainsi suicidé.

Ensuite les travaux se succèdent, Taylor, Tardieu, Hoffmann, Tourdes dans leurs études approfondies de la question nous fournissent de nombreux éléments de diagnostic. Le professeur Brouardel dans ses intéressantes leçons aborde le problème qui nous occupe ainsi que Maschka, Lacassagne, Minovici, Pellier et Leniez dans leur thèse.

Le diagnostic de la pendaison homicide et de la pendaison suicide constitue un des problèmes les plus difficiles que le médecin légiste ait à résoudre, c'est pourquoi les erreurs judiciaires relatives à ce genre de mort furent très fréquentes à une époque où il était fort mal connu. Actuellement, grâce aux leçons du passé et aux études récentes et appropfon-

dies de la question, le médecin légiste possède des données scientifiques assez précises pour ne plus tomber dans l'erreur.

C'est le mode de suicide le plus fréquent. Tourdes, en effet, indique dans son *Traité de médecine légale* 3.133 suicides par pendaison sur 8.410, Lacassagne dans son *Traité de médecine légale* indique les chiffres proportionnels suivants sur 100 suicides :

1881-1885	1886-1890	1891-1895	1896-1900
44	43	42	40

Bien que les hommes aient le plus souvent recours au suicide par pendaison que les femmes, cinq fois plus pour Lacassagne et trois fois plus d'après la statistique du docteur Minovici, la question du sexe ne nous fournira aucune indication au point de vue du diagnostic différentiel. Il n'en est pas de même pour l'âge et il ne faudrait pas écarter l'idée de suicide si l'on se trouvait en présence d'un sujet jeune pendu ; la statistique suivante, empruntée au docteur Minovici prouve, en effet, que les suicides ne sont pas aussi rares dans la jeunesse qu'on pourrait le supposer :

	Hommes	Femmes	Total
Entre 10-20 ans.....	10	5	15
20-30	17	5	22
30-40	11	5	16
40-50	24	5	29
50-60	17	6	23
60-70	15	3	18
70-80	6	»	6
80-90	1	1	2

Ces chiffres montrent également qu'à partir de

soixante-dix ans le suicide par pendaison est très peu fréquent, on ne devra l'admettre dans ce cas qu'avec prudence.

La fréquence de la pendaison suicide s'explique par ce fait que ce genre de mort n'exige pas ou peu de préparatifs, qu'il amène sûrement et rapidement la mort, qu'il est discret, à la portée de tout le monde et qu'il est regardé comme exempt de douleur.

Si beaucoup d'aliénés mettent fin à leur pénible existence par ce moyen, c'est parce qu'ils peuvent trouver dans leurs vêtements ou dans leur lit le plus petit morceau d'étoffe qui deviendra l'instrument de leur délivrance.

La pendaison homicide est très rare, on en conçoit immédiatement la cause. Un individu ne peut absolument pas pendre une personne de même taille et de même force, il ne peut y arriver que si sa force est de beaucoup supérieure à celle de sa victime (enfant, femme, vieillard, malade ou personne ivre), et il n'est pas douteux que dans ces cas il existerait des traces de lutte. L'assassin peut agir par surprise le milieu reste alors parfaitement ordonné, et, dans ce cas, nous trouverons les éléments de diagnostic différentiel dans la levée de corps et les anamnétiques.

Pour nous conformer au plan que nous nous sommes tracé, voyons maintenant les éléments de diagnostic différentiel fournis au médecin légiste par la levée de lieux, la levée de corps et l'autopsie.

Levée de lieux.

Le corps se trouve-t-il dans un endroit ne présentant aucun désordre, aucune trace de lutte ? Y a-t-il près du cadavre un meuble renversé ou non, un objet quelconque ayant pu servir à fixer la corde ? L'événement a-t-il eu lieu dans une chambre dont la porte est fermée à l'intérieur et les fenêtres closes ? Le suicide sera admissible, et il sera absolument certain si tous ces éléments se trouvent réunis. Dans un cas cité par le docteur Leniez (1), la présence d'une branche appuyée contre le tronc d'un arbre auquel était suspendu assez haut le cadavre d'une femme suffit pour faire admettre le suicide.

Lorsque la pendaison est utilisée par l'assassin pour dissimuler son crime, la mort de la victime étant due soit à la strangulation, soit à des coups d'instruments divers, etc..., la levée de lieux nous révélera la lutte engagée entre le meurtrier et sa victime ; en la pratiquant, nous pourrions trouver parfois l'instrument du crime, et souvent les traces sanglantes qu'il aura déposées de tous côtés.

Levée de corps.

L'examen du cadavre dans l'attitude exacte qu'il possédait lorsqu'il aura été découvert nous permet-

(1) D^r LENIEZ, Etude médico-légale des lésions du cou. *Thèse de Lyon*, 1894.

tra bien souvent de distinguer le suicide de l'homicide. C'est pour ne l'avoir pas pratiqué que le médecin qui fit la constatation du jeune Calas (1), en 1761, diagnostiquant une mort par strangulation, fut cause de l'exécution de Calas père, qui subit la même année le supplice de la roue, en vertu d'un arrêt du Parlement de Toulouse, comme coupable d'avoir assassiné son fils.

Le jeune Calas, âgé de vingt-huit ans, se pendait un soir au moyen d'une corde attachée à un billot placé entre les deux battants de la porte qui communiquait de la boutique de son père au magasin.

Les parents s'aperçurent trop tard de l'événement; ils s'empressèrent d'enlever le cordon attaché au cou de leur fils et le cadavre fut porté à l'hôtel de ville. Le lendemain le corps fut visité par un médecin et par un chirurgien, qui, sans se faire présenter la corde et sans se transporter sur les lieux où l'événement s'était passé, décidèrent purement et simplement que le jeune Calas avait été étranglé. Le père fut, en conséquence, condamné à mort et exécuté. Cependant rien n'indiquait l'assassinat et tout concourait, au contraire, à prouver le suicide. Aussi l'innocence du malheureux Calas fut reconnue par le grand conseil, et sa mémoire réhabilitée par un jugement définitif du 9 mars 1765.

La position du cadavre d'un pendu suicidé n'est pas nécessairement verticale et pendaison n'est pas synonyme de suspension. Les positions des pendus

(2) BROUARDEL, *La pendaison*, p. 137.

sont, en effet, très variées, et bien que le corps repose sur le sol par les pieds, les genoux, le siège, le tronc ou même dans sa totalité, la tête et le cou étant seul soulevés par le lien suspenseur, il peut y avoir mort par pendaison.

A ce sujet nous rappellerons l'exemple classique du suicide du prince de Condé qui eut lieu en 1831 ; le cadavre du prince fut trouvé pendu à l'espagnolette de sa fenêtre à l'aide de mouchoirs, les pieds touchant le sol. Cette particularité fit germer l'idée de crime. Certains cependant admirent le suicide : mais, n'admettant pas la mort par pendaison incomplète, ils prétendirent que la position du cadavre était le résultat du relâchement des mouchoirs.

Cette affaire fut mise au point à la découverte d'une lettre déchirée, écrite par le prince lui-même avant de mettre fin à ses jours.

Si l'on trouve des pendus dans les positions les plus diverses, ceux qui sont pendus incomplètement sont les plus nombreux ; on se demande si ces individus ont cherché à éviter la suspension complète, ou, si après avoir été d'abord complète, la pendaison n'est pas devenue incomplète par la suite.

Devergie, qui fut un des premiers à éclaircir cette question, après avoir cité des exemples typiques de suspension incomplète, dit : « La suspension suivie de la mort peut s'effectuer alors que les pieds reposent à terre ; que les genoux touchent le sol ; que le corps pose sur un plan incliné ou même qu'il s'appuie sur un plan presque horizontal. Or, comme dans ces cas divers le poids du corps diminue en raison des par-

ties qui reposent sur un point d'appui, nous pourrions avancer cette proposition, qu'il suffit du poids représenté par les épaules et la partie supérieure de la poitrine pour exercer sur le cou une constriction capable d'amener la mort. »

La levée de corps du sujet qui fait l'objet d'une observation rapportée par le docteur Hurpy (1) démontre cette proposition de Devergie :

La veuve H... fut retrouvée étendue morte dans sa cuisine, le cou passé dans un nœud coulant d'une corde d'emballage longue de 1 m. 20, d'un diamètre de 0 m. 004, dont l'autre extrémité était fortement attachée par un nœud coulant au pied carré d'une lourde table, à 0 m. 43 seulement du sol ; le sommet de la tête ne se trouvait qu'à une distance de 0 m. 30 du sol. Le corps dans l'extension complète ne présentait aucune trace de violences ; il était vêtu d'une camisole et d'une chemise ni déchirées ni en désordre. Le sillon n'était pas perpendiculaire à l'axe du cou ; il formait avec lui un angle de 45°, et prouvait par cette direction que la traction exercée sur l'anse de la corde n'avait pas été dirigée transversalement comme dans la strangulation. De plus, l'état parcheminé de la peau prouvait que le lien avait été pendant longtemps après la mort fortement appliqué sur les parties molles et qu'il avait dû être toujours dans le même état d'extension depuis la mort jusqu'au moment où le cadavre a été découvert.

L'ensemble de ces circonstances permet déjà de penser que la mort de la veuve H... avait eu pour cause l'application du lien autour du cou.

(1) *Ann. H. P. et M. L.*, t. VI, 1881, p. 359.

Ayant trouvé à l'autopsie des lésions communes à la pendaison et à la strangulation, l'auteur pense que la mort peut s'expliquer par ces deux mécanismes. Il écarte l'hypothèse d'un crime, se basant sur l'attitude des membres et sur l'absence de violence, et il ajoute :

En effet, il semble difficile d'admettre qu'un meurtrier soit venu coucher cette femme par terre, lui ait passé un lien autour du cou et l'ait tirée ensuite par les mains et les pieds pour hâter la mort et déterminer l'attitude cadavérique constatée, sans que la victime ait au moins fait quelques mouvements automatiques plus ou moins violents qui eussent laissé des traces de violences ou du désordre dans les vêtements.

La position bizarre et au moins fort extraordinaire du corps, si elle n'est pas unique, nous semble, plus fortement peut-être qu'aucun autre argument, prouver la *pendaison suicide*, car dans l'hypothèse d'un crime, il faudrait admettre que la pendaison ayant eu lieu ailleurs, le cadavre eût été apporté là, couché à terre et attaché au pied de la table. Dans ce cas, l'auteur du crime aurait volontairement changé une position normale de pendaison en une position anormale inusitée, inconnue, capable de rendre l'hypothèse du suicide presque invraisemblable.

Les mains sont prises quelquefois entre le cou et la corde chez le suicidé lorsque la pendaison s'est produite plus rapidement que l'individu le supposait ou encore parce qu'il a cherché instinctivement à se débarrasser du lien, et cette disposition ne peut nullement nous faire songer à l'homicide. Lorsque les mains et les pieds sont liés, la question de diagnostic

se posera, et pour la résoudre nous aurons les données de la levée de lieux et de la levée de corps qui peuvent suffire comme le prouve l'exemple suivant (1) :

F. M..., Hongrois, 70 ans, tailleur, célibataire, fut retrouvé le 9 décembre 1891 pendu aux gonds de la porte de sa chambre, pieds et mains liés, ainsi qu'il résulte du procès-verbal du commissaire qui déclare :

Au premier avis, étant allé sur le lieu du suicide, j'ai voulu ouvrir la porte, mais j'en ai été empêché par quelque chose de lourd, si bien que j'ai dû enlever la porte de ses gonds. Alors j'ai vu le cadavre d'un individu vieux, à barbe blanche, misérablement vêtu, pendu par le cou aux gonds de sa porte, les mains liées derrière le dos et les deux pieds liés également aux chevilles.

Dans ses habits nous n'avons rien trouvé qui pût nous indiquer les motifs de son suicide. Son ami nous déclara que c'était la misère. Il n'avait jamais été malade.

L'individu était tailleur et le mode de confection des liens (soie cousue en lanière) indiquait qu'ils avaient été préparés par lui-même.

Passons maintenant à l'examen du cadavre. Dans le suicide comme dans le crime, il peut présenter des traces de violences, mais de caractères bien différents dans l'un et l'autre cas.

Au niveau du lien, le suicidé peut présenter des éraflures produites par l'individu lui-même qui aura

(1) D^r Nicolas-S. MINOVICI, Etude sur la pendaison. *Arch. d'Anthrop. crim.*, t. XX, n° 142.

tenté de se dégager. Tardieu (1) cite le fait d'une femme trouvée pendue portant au cou huit plaies parcheminées, le mari était soupçonné de l'avoir tuée, et le médecin qui fit la constatation avait pensé que la femme avait été étranglée, puis pendue. Tardieu chargé de faire une contre-expertise se souvenant qu'il avait vu un individu qui s'était pendu en prison et dont une main était restée entre le cou et la corde, pensa que la même chose avait pu se reproduire et que ces ecchymoses résultaient probablement de la pression des phalanges.

La chose est possible et dans ce cas le médecin légiste doit se contenter de présenter son hypothèse laissant à la justice le soin de la confirmer ou de l'infirmer.

Brouardel cite le cas suivant dans lequel on aurait pu songer à un crime après examen trop superficiel : « Une femme se pendit à l'aide d'une corde trop mince qui coupa la peau du cou, puis le cadavre tomba à terre. »

On rencontre également des signes de violences au niveau des bras, des jambes et du tronc : contusions et éraflures produites au moment de la période de convulsions, pendant laquelle le corps frotte le mur ou se heurte contre les meubles. Ces lésions siègent au niveau des parties saillantes, à la face dorsale des mains et à la partie antérieure des jambes ; tandis que si elles sont consécutives à une lutte on les trouve disséminées au hasard.

(1) TARDIEU, Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation, 2^e édit., 1879, p. 73.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que lorsque la pendaison a eu lieu pendant la vie, l'hypostase se manifestera au niveau des membres inférieurs, un peu aussi dans les mains et non pas dans les parties postérieures du corps. Ceci s'applique à la suspension complète, et l'on conçoit que dans la pendaison incomplète les lividités auront une situation en rapport avec l'inclinaison du cadavre sur le sol.

D'après ceci le siège des lividités constituerait un élément de diagnostic : le suicidé présenterait des lividités au niveau des membres inférieurs et supérieurs ; chez le cadavre suspendu elles resteraient localisées aux parties qui étaient déclives, dans la position occupée par le cadavre avant la suspension.

Mais après une série d'expériences commencée au laboratoire sous la direction de M. le professeur Pierre Parisot pour contrôler ces faits, nous avons obtenu les résultats suivants :

Nous avons suspendu pendant quarante-huit heures un cadavre qui était resté deux jours dans le décubitus dorsal et qui présentait des lividités à peine marquées au niveau des bras et des membres inférieurs ; ceux-ci étaient œdématisés, surtout au niveau des pieds qui étaient blancs. Il y avait des lividités très prononcées dans les régions lombaire, dorsale et cervicale. Les lividités se modifièrent par suite de la pendaison de la façon suivante : elles avaient considérablement diminué au niveau du dos, du cou, des bras, tandis qu'il s'en était formé de très apparentes à la face postérieure des cuisses ; leur face antérieure en présentait de légères. Les jambes avaient pris une

coloration rouge foncé sur leurs deux faces, ainsi que les pieds sur leur face dorsale. Ces quelques expériences qui seront poursuivies prouvent que les lividités sont susceptibles de se modifier après quarante-huit heures, contrairement à l'opinion généralement admise, d'après laquelle on ne peut les faire disparaître après douze ou quatorze heures. Elles ne constituent donc pas un signe absolu.

Quant à la demi-érection qui est considérée par certains auteurs comme signe de pendaison pendant la vie, elle est due tout simplement à l'accumulation du sang dans les corps caverneux par suite de la position verticale : on ne doit pas en tenir compte ; il en est de même pour l'écoulement du sperme qui peut être également la conséquence de la position : on l'a constaté en effet dans de nombreuses expériences faites sur des cadavres suspendus, et que nous avons répétées. On l'a en outre rencontré dans d'autres genres de mort violente.

Le lien. — Le sillon. — Si le lien est confectionné avec une partie du vêtement du sujet ou si son mode de confection nous rappelle la profession de l'individu, comme dans l'observation que nous avons rapportée (page 37), le suicide sera presque certain.

Nous devons également examiner le lien au point de vue de sa solidité. Le docteur de Dominicis (1) a en effet démontré par des expériences sur des animaux que « pendant la période de convulsions et d'agitation, l'effort exercé peut atteindre et dépasser

(1) *Arch. intern. de méd. légale*, Vol. I, fasc. III, Avril 1910, p. 201.

le double de l'effort dû à la suspension simple du corps »).

Il résulte de ceci que des liens qui présenteraient la résistance suffisante pour supporter un cadavre n'auraient pu servir à un suicide.

On trouve ordinairement dans le suicide des nœuds peu compliqués, peu serrés.

Rappelons également que les individus font habituellement le nœud comme ils le faisaient dans leur métier, ce qui permet de déterminer souvent la profession de leur auteur.

Nous devons rechercher aussi si le point où le lien était fixé était facilement accessible.

Dans la pendaison suicide ou dans la pendaison *post-mortem*, le lien produit un sillon identique. Du sillon, nous ne pouvons tirer aucun signe de diagnostic.

Certains auteurs, Devergie, Hofmann, Casper, Tourdes, Maschka entre autres, ont prétendu que la congestion des lèvres du sillon fournissait la preuve de la pendaison pendant la vie, mais les congestions survenues pendant la vie ne persistant pas, cette congestion n'est, en réalité, qu'un phénomène de putréfaction, et dès que celle-ci s'établit la lèvre inférieure du sillon devient bleuâtre (1), nous devons donc négliger ce signe.

Le professeur Tourdes a constaté quelquefois, au-dessus et au-dessous du sillon des pendus suicidés, la présence de phlyctènes. Ce signe est à retenir, car il

(1) BROUARDEL, La pendaison, p. 103.

indique nettement une réaction vitale. Si dans la majorité des cas le sillon est fort net, il peut cependant n'être que très peu ou même pas visible et cependant la mort par pendaison est indiscutable.

Le sillon peut siéger au-dessus, au niveau, ou dessous le larynx ; de ces positions celle qui est de beaucoup la plus fréquente est la première ; quant à sa direction elle est oblique en général, c'est ce qui peut nous permettre de faire le diagnostic avec la strangulation, mais seulement d'une manière relative, car on a rencontré des sillons horizontaux chez les pendus suicidés, ceci étant dû à la disposition de la corde qui faisait plusieurs fois le tour du cou ou encore à la pendaison incomplète. Une corde fortement serrée produira également un sillon moins oblique qu'une corde lâchée.

Si la corde a fait deux fois le tour du cou, il peut y avoir deux sillons non parallèles ; si le lien est unique il peut également y avoir deux sillons, mais ils sont parallèles, tel est le cas observé par Tardieu, dans lequel un individu s'est pendu à l'aide d'une ceinture en cuir ayant vingt-quatre millimètres de hauteur, un peu usée, dont les bords étaient saillants et dont la partie centrale était un peu excavée. Comme l'individu qui se pend ne place pas toujours la corde à l'endroit qu'elle occupera au moment même de la pendaison, il la passe simplement autour du cou ; si le lien est peu serré, il appuiera d'abord au-dessous du larynx, suivant le temps pendant lequel il occupera

(1) La pendaison, p 97,

cette situation, il laissera un sillon, puis le lien remontant par glissement au-dessus du larynx s'arrêtera sous le maxillaire et formera en ce point un second sillon. Il ne peut donc y avoir doute bien qu'il n'y ait qu'un tour de corde, il peut donc, par ce mécanisme, se former deux sillons ; dans un cas analogue on pourrait songer à une strangulation suivie de pendaison simulée.

Le professeur Brouardel attire l'attention sur les faits suivants : « La congestion de la face a une importance considérable lorsqu'on peut la mettre en rapport avec la position du lien. Si on se trouve en face d'un pendu bleu et que le nœud soit placé en arrière, vous avez le droit de douter de la réalité de la suspension pendant la vie ; il en sera de même si le nœud est placé sur le côté du cou et que le pendu soit blanc. » Il ajoute cependant que ces données doivent être acceptées sous réserves.

Signalons également une erreur qui se produit trop souvent et qui consiste à considérer comme un sillon la partie des plis de la peau du cou, chez les personnes grasses, qui reste pâle, les lividités ne s'y formant pas par suite de la compression.

Outre la solution de continuité qui se présente habituellement quand le lien ne serre pas fortement le cou et qui siège au niveau du nœud, on peut en rencontrer d'autres qui sont dues à l'interposition de la barbe (Tourdes), d'un foulard ou de la main entre le cou et le lien.

Autopsie.

Les lésions viscérales dans la pendaison sont assez semblables à celles de la strangulation pour ne pas nous permettre de différencier le mécanisme de l'asphyxie par pendaison ou par strangulation. Si toutefois les ecchymoses au niveau des muscles du cou et de la gaine des vaisseaux ne permettent pas de distinguer le suicide du crime, elles permettent cependant d'indiquer si la lésion du cou a été produite pendant la vie.

La lésion signalée par Amussat, lésion de la paroi interne de la carotide, primitive le plus souvent, se rencontre quelquefois chez les pendus et plus fréquemment chez les assassinés, dit l'auteur, parce que pour la produire il faut une certaine violence. Cette remarque n'est peut-être pas très juste, divers médecins légistes l'ont prouvé, et nous avons observé cette lésion, nous-même, chez un cadavre que nous avons pendu, sans exercer de traction violente.

D'autres lésions plus importantes et qui sont généralement très rares, ce sont les lésions de la colonne vertébrale, qui, par leur gravité, font toujours penser à une intervention criminelle. Certains auteurs nient ces lésions dans les pendaisons suicides. Louis dit à propos de la luxation de l'axis : « Les lésions ne sont que le résultat d'une grande violence ; jamais on ne les voit chez celui qui s'est pendu lui-même. »

Orfila prétend qu'il n'y a aucune observation de

luxation ou de fracture des vertèbres au cours de la pendaison pendant la vie.

Taylor n'en a trouvé aucun cas, et il ajoute que l'on observe rarement ces lésions dans les exécutions capitales où cependant les individus sont suspendus avec violence. Pour Briand et Chaudé, ces lésions ne peuvent se produire par le seul poids du corps.

Hoffmann, de Vienne, ne les a jamais rencontrées et il prétend qu'elles ne peuvent se produire que dans des circonstances extraordinaires qui font subir à la colonne vertébrale une secousse subite et violente.

Le docteur Germain cite cependant une observation dans laquelle un individu solide qui s'était pendu en se laissant tomber de tout son poids s'était luxé la deuxième vertèbre cervicale sur la première. Chaus sier et Duménil citent un cas de luxation.

M. Brouardel a cité un cas de fracture de la cinquième vertèbre au cours d'une pendaison suicide.

De tout ceci résulte que les lésions de la colonne vertébrale sont rares dans la pendaison suicide et que le plus souvent une certaine violence est nécessaire, violence produite par la chute d'un lien élevé, l'intervention d'une force extraordinaire, poids très lourd du corps ou traction exercée par le bourreau ou une main criminelle.

Et nous estimons que l'on aurait encore une tendance à adopter ces assertions si M. le professeur Pierre Parisot (1) n'avait publié, en collaboration avec M. le professeur Blum, une observation typique

(1) *Revue médicale de l'Est*, 1905.

de pendaison suicide avec lésions graves de la colonne vertébrale sans intervention étrangère ; cette observation présente un tel intérêt que nous la publions intégralement :

Un malade, âgé de 60 ans, entre à l'hôpital de Nancy le 5 janvier 1905, atteint d'une pneumonie grippale dont le début remonte au 2 janvier. Le 10 janvier, la température était de 38°,5 sans tendance à la défervescence. Le malade était agité, avait du subdélire, prétendait qu'il était guéri et réclamait avec insistance du vin et une nourriture plus substantielle.

A la visite du soir il refuse énergiquement de se laisser examiner. Il repousse de même les ventouses qu'on veut lui poser et les médicaments qui lui ont été prescrits. Cependant il reste calme dans son lit et s'endort tranquillement. Il se réveille un peu plus tard et fait placer un drap devant son lit sous prétexte qu'il est gêné par la lumière du bec de gaz qui éclaire la salle.

Vers dix heures il se lève et va éteindre le gaz, puis il remonte dans son lit et se pend sans que personne ait rien remarqué ni rien entendu.

Dix minutes environ après que le gaz avait été éteint, les sœurs veilleuses, au cours de leur tournée, s'aperçoivent qu'il est pendu et coupent immédiatement la corde.

Le malade s'était pendu haut et court, la tête près de la tringle de fer qui se trouve au-dessus des lits de l'hôpital. Cette tringle est parallèle à l'axe du lit à 1 m. 30 au-dessus du matelas et sert d'attache à une corde mobile qui permet aux malades de se soulever.

A l'aide de cette corde double et du bois qui la termine le malade avait fait un nœud coulant en passant le bois dans l'anse formée par les deux chefs de la corde. Cette

barre de bois longue de 25 centimètres s'était ensuite placée transversalement.

Le malade après avoir passé la tête dans ce nœud coulant s'était laissé glisser *obliquement* hors du lit et c'est dans cette position qu'il avait été trouvé : la tête à quelques centimètres de la tringle supérieure, la face antérieure des cuisses tangentés au bord du lit et les pieds à quelque distance du sol.

En somme, la direction générale de son corps était oblique depuis le faite du lit jusqu'au bord du matelas.

A 10 heures 15 arrive l'un de nous qui se trouvait à l'hôpital, ce soir-là.

Le malade est étendu sur le dos dans un lit où il a été replacé. Il a la face cyanosée, le regard terne : les pupilles réagissent à la lumière et la cornée au doigt. Il n'y a pas de relâchement des sphincters, on ne constate pas de sperme au méat. La langue n'est pas mordue et du reste elle ne sortait pas hors de la bouche pendant la pendaison.

La résolution musculaire était complète, la respiration superficielle, le pouls rapide, ample, mais dépressible. On remarque un sillon rosé passant au-dessous du larynx.

A la nuque, au niveau de la septième vertèbre du cou, on constate un léger déplacement en avant de la colonne cervicale : le doigt introduit dans la bouche arrive facilement sur la colonne vertébrale qui bombe dans le pharynx d'un centimètre environ.

La tête a une tendance à se fléchir en arrière d'une façon anormale.

En présence de ces symptômes nous pensons à une luxation en avant de la colonne cervicale.

Cependant la respiration devient plus difficile, les poumons sont en apnée ; les inspirations sont fréquentes mais très courtes ; les expirations sont rares, laborieuses et ne

sont perceptibles qu'en approchant l'oreille de la bouche du malade.

Bref, il semble qu'il y ait une contraction tétanique du diaphragme.

Le pouls devient plus rapide et plus petit, les pupilles sont très dilatées.

A ce moment, il est 10 heures 20 ; le malade se met à grincer des dents pendant quelques minutes : la face se cyanose de plus en plus, la cage thoracique est dilatée au maximum et l'air n'entre plus.

Il se produit alors des convulsions toniques des membres et du tronc. Les avant-bras se mettent en flexion, le corps se place en opisthotonos. Les muscles du cou restent dans la résolution.

A 10 heures 30, le pouls devient filiforme et incomptable ; les convulsions toxiques cessent, les pupilles sont punctiformes.

Le malade entre en agonie malgré tous les soins qui lui sont donnés et meurt à 10 heures 40.

Autopsie. — L'autopsie a été pratiquée le 14 janvier au service de médecine légale. Le cadavre pèse environ 80 kilogr. Il mesure 1 mètre 68 de la tête aux pieds.

La rigidité cadavérique existe encore aux membres supérieurs.

La face est pâle, les lèvres bleuâtres, la langue ne fait pas saillie entre les dents.

On ne remarque sur le corps aucune ecchymose, sauf à la région du cou qui porte l'empreinte de la corde qui a servi à la pendaison.

La colonne vertébrale présente à la région dorsale une scoliose à convexité droite.

Il n'y a pas de sperme au méat.

Le sillon, peu marqué, est dessiné par une teinte plus

rosée qui commence à gauche à 4 centimètres au-dessous de l'angle de la mâchoire, descend au-dessous du cartilage cricoïde, passe à 7 centimètres de l'angle de la mâchoire et remonte ensuite obliquement pour aller se perdre derrière l'oreille droite.

En résumé, ce sillon n'occupe que la partie antérieure du cou et affecte ainsi la forme d'un fer à cheval. Le plan déterminé par les deux branches est oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Sur ce sillon très superficiel et large de quatre millimètres environ, on remarque une série d'excoriations dont quelques-unes sont agglomérées par place.

Sous le sillon, et du côté droit, existe une très légère ecchymose dans le tissu cellulaire de la région.

On ne trouve d'épanchement sanguin ni dans les muscles du cou, ni dans la gaine des gros vaisseaux : les jugulaires et les carotides sont absolument intactes. Cependant, il existe une légère suffusion sanguine dans la gaine d'une veine thyroïdienne droite. Le larynx et la trachée ne présentent pas de fracture.

Quand on a enlevé tout le contenu de la région du cou on aperçoit sur la colonne vertébrale une ecchymose à travers laquelle apparaît une lésion de la colonne cervicale. Cette suffusion sanguine qui commence au niveau de la cinquième vertèbre cervicale, s'étend latéralement sur les deux côtés du vertex et descend dans le thorax jusqu'à 4 centimètres au-dessous de la partie lésée. Sa longueur totale est de 5 centimètres $1/2$, sa largeur de 4 centimètres.

Derrière cette ecchymose existe une déchirure du ligament vertébral commun antérieur, compliquée d'un écartement entre le corps de la sixième et de la septième vertèbres cervicales : à ce niveau le disque intervertébral est rompu.

Grâce à cette lésion, la colonne vertébrale jouit d'une mobilité anormale qui permet à la partie supérieure de la colonne cervicale de faire une saillie plus grande en avant ; c'est ce qui explique la sensation spéciale que nous avait donnée, pendant la vie, le toucher du pharynx (1). Les mouvements de latéralité et de rotation ne sont pas plus étendus qu'à l'état normal.

Une coupe sagittale de la région lésée montre qu'il n'y a pas de lésion du canal médullaire, les ligaments qui le constituent sont intacts en avant et il n'y a pas d'hémorragie à l'intérieur, la moelle elle-même paraît indemne.

Cependant, à la partie postérieure on constate une rupture presque complète de la capsule fibreuse qui unit les apophyses articulaires droites de la sixième et de la septième vertèbres cervicales : la capsule est également déchirée du côté gauche mais beaucoup moins qu'à droite.

Cette entorse permet une flexion exagérée de la colonne cervicale grâce au glissement en avant de la sixième vertèbre qui vient faire une saillie dans le canal médullaire : lèbre qui vient faire une saillie dans le canal médullaire.

Les deux lobes inférieurs du poumon droit présentent les lésions de la pneumonie arrivée à l'hépatisation grise. A gauche, les deux lobes sont également atteints d'engouement.

Il y a des adhérences pleurales des deux côtés, les unes anciennes, les autres plus récentes.

On trouve du liquide séro-sanguinolent dans le péricarde sur lequel existent quelques ecchymoses ponctuées.

L'estomac est sain : on ne constate pas d'hémorragie ou de suffusion sanguine à l'intérieur du tube intestinal.

(1) Malgaigne avait déjà signalé comme un symptôme de grande valeur cette déformation de la surface antérieure de la colonne cervicale.

Le foie et les reins ne présentent rien d'anormal.

On ne trouve pas de sperme à l'intérieur de l'urèthre ni à l'extrémité de la verge.

En résumé, il s'agit d'une pendaison-suicide incontestable, sans violence étrangère, avec lésions profondes de la colonne vertébrale : déchirement du ligament commun vertébral antérieur, et du ligament latéral droit, arrachement du disque cartilagineux intervertébral, et subluxation de la quatrième vertèbre cervicale sur la troisième ; le tout sans que la levée de corps puisse faire soupçonner ces lésions : l'autopsie seule les a révélées, venant ainsi confirmer et éclairer l'observation clinique.

Nous avons vu que de pareilles lésions sont très rares, et qu'elles n'existent pour ainsi dire jamais, dans le cas de pendaison-suicide. Cette constatation nous fait penser à l'intervention d'une cause spéciale, qui est intervenue chez notre malade, et dont il importe maintenant de déterminer la nature.

Si l'on se reporte à la description que nous avons donnée de la position du pendu, on sera tout de suite frappé par ce fait que le malade se trouvait dans une position qui n'est pas habituelle dans ce genre de mort. Cela tient à ce que le corps, gêné par la présence du lit, n'avait pas pu tomber verticalement, mais avait glissé sur le bord du matelas, prenant ainsi la position suivante : la tête déviée par le bâton se trouvait en inclinaison latérale, fixée et maintenue près de la tringle de fer du lit ; le reste du corps ayant glissé obliquement, la colonne vertébrale avait été mise en flexion forcée.

Le poids du corps, agissant, au moment de la chute, sur la colonne cervicale, ainsi fléchie au maximum, et inclinée latéralement, a déterminé la rupture des ligaments vertébraux et du disque intervertébral.

Il nous paraît que cette position particulière de la tête et du corps donne une explication satisfaisante de ces lésions anormales.

Nous serions même tenté, en semblable occurrence, d'admettre au cas de *pendaison oblique*, la possibilité de lésions de la colonne vertébrale, trouvées si rarement dans la *position rectiligne*.

L'observation que nous venons de rapporter nous autorise maintenant à poser les conclusions suivantes :

1° La pendaison-suicide peut, à titre exceptionnel, s'accompagner de lésions profondes de la colonne vertébrale ;

2° Ces lésions se produisent le plus souvent dans le cas où la tête prend une position telle que la colonne cervicale est en inclinaison latérale et flexion forcée ;

3° Des lésions organiques profondes peuvent exister sans lésions apparentes du cou ; la levée du corps ne peut les faire soupçonner ;

4° Des lésions profondes de la colonne vertébrale n'impliquent pas toujours une chute d'un lieu élevé, ou une violence étrangère à la victime.

Comme nous l'avons déjà signalé, c'est lorsque la pendaison accompagne un autre mode de suicide que le diagnostic peut devenir difficile, les exemples de suicides doublés qui ont été l'objet d'erreurs judiciaires ne sont pas rares.

Taylor (1) a déjà insisté sur ce point et nous ne pouvons mieux faire que de rapporter ses paroles :

(1) TAYLOR, Traité de médecine légale (Traduction Coutagne), p. 459.

« La présence de marques de violence sur le corps d'une personne pendue est importante et il sera donc bon que l'expert en note exactement le nombre, la situation, l'étendue et la direction. S'il s'est assuré qu'elles doivent avoir été produites pendant la vie, il aura à considérer la probabilité qu'il y a que leur origine ait été, ou non, accidentelle, les marques de violence ne doivent pas toujours être regardées comme fournissant des preuves non équivoques de meurtre, car il est possible qu'elles aient été produites avant la pendaison par la personne elle-même, qui, n'ayant pas réussi à commettre un suicide par ces tentatives, aura résolu ensuite d'accomplir son dessein en se pendant.

« Que l'expert réfléchisse mûrement à ces circonstances avant de permettre à son opinion d'impliquer un individu suspect ; qu'il considère qu'un sujet pendu peut présenter les marques d'une blessure par arme à feu : avoir la gorge coupée, le corps déchiré ou défiguré, et que cependant, avant qu'il soit permis de nourrir des soupçons d'homicide, il faudrait qu'il fût clairement démontré que telles lésions n'ont pu être faites par le sujet lui-même dans n'importe quelle supposition probable. »

Il s'agit d'un suicide par pendaison, précédé de tentative de suicide par coup de revolver, dans l'observation suivante qui nous a été communiquée par M. le professeur Parisot.

Le 14 février 1907, on trouve un individu pendu à une échelle, le capuchon de sa pèlerine rabattu sur la figure ;

la corde passait derrière entre le col de la pèlerine et le capuchon.

La corde coupée, on remarque deux blessures à la tête dont l'une semble provenir d'un coup de revolver (1).

L'individu fouillé est trouvé porteur d'un revolver calibre 320 neuf, sale et *de mauvaise qualité*. Le canon est court et le barillet est séparé du canon par un large interspace. Les six coups sont chargés et le revolver est maculé de sang. Il y a également dans une poche une boîte de cartouches incomplètement remplie et dont l'intérieur est souillé de sang.

Les blessures de la tête paraissent être un orifice d'entrée et un orifice de sortie de balle ; d'après leur situation ces orifices indiquent que la balle aurait traversé le cerveau entrant au voisinage des circonvolutions frontales droites, pour sortir vers les circonvolutions rolandiques gauches. Dans ces conditions, il est impossible que le sujet ait pu recharger son revolver et se pendre ensuite.

Est-on en présence d'un crime ou d'un suicide ?

Autopsie. — L'orifice d'entrée de la balle, situé à la partie externe de l'arcade sourcilière droite, est petit, ovalaire et oblique. Il n'y a pas de brûlure sur son pourtour, mais un tatouage très net de poudre noire avec incrustation de grains de poudre. La balle s'est aplatie sur l'angle de l'arcade sourcilière après un trajet sous-cutané de deux centimètres ; elle a entraîné une petite lamelle osseuse retrouvée au niveau de l'os malaire. On note également une hémorragie intramusculaire, qui indique que la blessure a été faite pendant la vie.

La blessure située à la partie latérale et supérieure gauche de la tête n'intéresse que la surface du cuir chevelu.

(1) Voir planche XXXXIV, Thèse du Dr BEDIN, La Photographie au laboratoire de médecine légale de l'Université de Nancy.

Donc les blessures par coup de revolver n'intéressent aucune région importante et le sujet a pu se pendre après avoir rechargé son arme.

La figure ne présente pas un aspect particulier.

Le lien est formé par trois ficelles réunies ; il porte un nœud coulant qui se trouve en arrière sur la ligne médiane.

Le sillon est circulaire, parcheminé et dur, il est plus marqué à la partie antérieure ; du côté droit, il est presque horizontal, tandis qu'il se soulève du côté gauche. Il passe en avant au-dessus du cartilage thyroïde pour rester horizontal à droite et s'élever à gauche. Son point le plus élevé se trouve à deux centimètres en dessous de l'apophyse mastoïde gauche. En ouvrant le sillon du côté gauche, on voit le tissu cellulaire, blanc, tassé. Le peaucier aminci et parcheminé présente au niveau du sillon un aspect blanc tout particulier et d'autant plus remarquable que ce muscle atteint ici un développement anormal. Le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien porte lui aussi l'empreinte de la corde. Le muscle sectionné laisse voir le paquet vasculo-nerveux dont nous ouvrons la gaine ; celle-ci ne présente pas d'ecchymoses. L'artère examinée extérieurement et intérieurement ne présente aucune lésion. Il n'y a pas d'ecchymoses au niveau des muscles du cou.

L'os hyoïde et le cartilage thyroïde ne sont pas fracturés.

La trachée est congestionnée, ainsi que l'épiglotte ; elle contient un peu de spume blanchâtre.

Les poumons sont dans un état de putréfaction qui ne permet pas d'en donner une description. On ne trouve cependant pas de lésions tuberculeuses ni de pneumonie, le cœur est normal. La colonne vertébrale présente de la scoliose cervico-dorsale et pas de luxation des premières vertèbres cervicales.

Le cerveau ne présente pas de lésions ni à la partie cor-

respondant à l'orifice d'entrée de la balle dans la tête ni dans d'autres parties.

Le crâne n'est pas fracturé.

Conclusion . La mort est due à l'asphyxie par pendaison. Le coup de revolver qui fut antérieur à la pendaison n'a produit qu'une blessure insignifiante incapable d'entraîner la mort.

Il s'agit donc d'un suicide par pendaison, précédé d'une tentative de suicide par coup de revolver. L'individu avait d'ailleurs indiqué, sur une lettre trouvée dans sa poche, qu'il se suiciderait ; il avait fait la même déclaration à de nombreux témoins.

La disposition des deux plaies qui, comme nous l'avons dit, en imposaient pour un orifice d'entrée et un orifice de sortie de balle de revolver, montre que la levée de corps eût été insuffisante et que dans les cas de ce genre l'autopsie est toujours nécessaire.

En 1824, Ollivier d'Angers, cite le cas d'un homme qui se fait six blessures au front avec un pistolet et se tire ensuite un coup dans la bouche ; la balle fracture le maxillaire, traverse le pharynx et tombe dans l'estomac ; après cela, il va se pendre.

Le professeur Lacassagne a observé un suicide doublé (rapporté par son élève Leniez (1), qui s'est produit à N....., et qui mérite de retenir notre attention, car le médecin appelé avait conclu à un assassinat suivi de pendaison :

Le cadavre de la femme M.... est trouvé le 19 juin 1893, dans son grenier au milieu d'une mare énorme de sang. Ce

(1) LENIEZ, Etude médico-légale des lésions du cou. *Thèse de Lyon*, 1894.

grenier est de dimensions assez réduites, et la poutre à laquelle était pendu le cadavre n'était qu'à 1 mètre 48 du sol. Sur cette poutre reposaient deux perches, sur lesquelles du linge sale en grande quantité formant une tente close des deux côtés, et, détail très important, il n'y avait pas la moindre tache de sang après ces linges qui constituaient un espace très restreint, ce qui se serait produit s'il y avait eu lutte, ou si la femme avait cherché à fuir les coups de ses agresseurs. La poutre porte sur deux de ses faces des taches de sang. Quelques-unes ont été faites soit par une main, un doigt ou un lien ensanglantés ; d'autres ont été faites par projection ou éclaboussure.

Le corps est pendu incomplètement, la tête relevée par la corde, le buste droit, les jambes repliées le corps reposant sur les talons. Les mains et les avant-bras sont maculés de sang.

Les cheveux *sont en ordre*, les vêtements sont souillés de sang à la partie antérieure, directement sous la blessure, mais ni sur les côtés ni en arrière.

Le premier expert, qui déclara qu'il y avait assassinat, donna les indications suivantes : « La corde a laissé une empreinte sur le cou, sillon double en arrière, peu profond, sans ecchymoses sur les bords. Il y a *au moins* deux vastes incisions au cou, qui sont en forme de croix : l'une est verticale et va du milieu du côté gauche du maxillaire inférieur au voisinage de la fourchette sternale ; l'autre est au niveau du larynx et s'étend d'un muscle sterno-mastoïdien à l'autre. Chacune de ces plaies a 14 centimètres. Plusieurs coups de couteau paraissent avoir été donnés dans le sens transversal, car la peau offre différentes sections. Puis l'expert continue la description des organes avec le même manque de précision, pour terminer par la conclusion suivante : La femme M.... a été assassinée et vraisemblablement par une seule personne. »

Le professeur Lacassagne reprit point par point cette affaire, insistant sur la disposition des taches de sang, leur absence sur les linges entourant le cadavre, la nature des lésions du cou, dont la direction était de gauche à droite, direction habituelle des plaies dans le suicide par section du cou. Il conclut à un suicide. La femme M... aurait commencé à se sectionner le cou, puis se serait pendue ensuite. Et il ajoute que si le mari avait commis le crime, il n'aurait pu suspendre le cadavre de sa femme, sans laisser des traces de cette manœuvre. Le mari inculpé fut mis en liberté.

Signalons également l'observation publiée par le docteur Riembault (1) qui nous montre une fois de plus quelles blessures énormes un individu résolu à se donner la mort peut se faire avant de se pendre.

Le 7 juin 1867, avant midi, D..., résolu à se donner la mort, pénètre dans un lieu abandonné, où il ne court pas le risque d'être dérangé, dans un grenier inoccupé. Là, il se frappe de son couteau. Il renonce bientôt à cet instrument qu'il juge insuffisant, il le remet dans sa poche et s'attaque avec le tranchant d'une hachette sur le côté droit du crâne. Après s'être mutilé affreusement sans être parvenu à se donner la mort, il va chercher un autre moyen d'en finir. Il est résolu à se pendre ; il lui faut une corde ; le grenier n'en contient pas ; alors, tant pour arrêter le sang qui ruisselle sur la face et les yeux et le gêne pour l'exécution de son projet, que pour ne pas attirer des faucheurs du voisi-

(1) *Annales d'H. P. et M., L., 1867.*

nage ou des gens qui pourraient l'apercevoir des environs, il s'applique autour de la tête son mouchoir de poche, met par dessus son chapeau, descend les huit marches de l'escalier dont nous avons parlé et, soit en allant soit en revenant, le tache de quelques gouttes de sang. Il se rend dans une cour faisant partie du corps de bâtiment voisin, s'approche d'un puits qui s'y trouve, sans doute dans l'espoir d'y trouver une corde ; là, il perd du sang. Trompé dans son attente, il se rend, en homme qui connaît les lieux, dans un réduit où le locataire a coutume de déposer plusieurs ustensiles, sacs, cordes, etc., là il perd encore quelques gouttes de sang et revient au grenier où a été trouvé son cadavre ; muni d'une corde, s'aidant de l'échelle-perchoir, il fixe cette corde à une poutre et répand quelques gouttes de sang sur l'une des faces de l'échelle ; puis pour s'ôter toute chance de salut, il éloigne l'échelle, la change de place, l'applique contre le mur, dans la position où nous l'avons vue, mais de telle sorte que la face antérieure devient postérieure. C'est ce qui explique la présence de sang sur les deux faces. En effet tous ces préparatifs terminés, D... se dépouille de son chapeau qu'il plie soigneusement, s'arme encore de sa hachette, monte de nouveau, et pour la dernière fois, quelques degrés de l'échelle qu'il souille de sang, passe la tête dans le nœud coulant et se porte alors sur le crâne avec la hachette, du côté en forme de marteau, un coup terrible. Il en résulte une commotion cérébrale ; le corps s'affaisse ; la pendaison a eu lieu ; la hachette s'échappe des mains ; le sang s'épanche sur la tête, les habits, les souliers.

Au premier abord, les désordres épouvantables du crâne éloignent l'idée d'un suicide. Cependant toute autre explication que celle qui vient d'être donnée, et qui est basée sur l'étude des faits, semble impossible.

Desgranges cite également le cas d'un individu qui s'est pendu après s'être fait au cou une blessure avec un corps tranchant. Le lacet recouvrait la première lésion.

La pendaison est le plus habituellement une manifestation de suicide ; aussi les assassins, après avoir déterminé la mort par strangulation, suffocation, corps contondant ou par tout autre moyen, suspendent leurs victimes pour faire croire à un suicide.

La strangulation à la main et la suffocation précédèrent la pendaison du cadavre dans deux observations dues au docteur Lafargue (1). Nous en donnerons les principaux traits :

I. — Le sieur P. D..., âgé de 64 ans, fut trouvé pendu à un arbre, le cadavre était comme assis au pied de l'arbre. Une double corde à nœud coulant, suspendait la tête de D... en passant dans la bouche, sur les deux joues et au haut du cou postérieurement. D... était apiculteur, il portait un masque que l'on utilise pour aborder les abeilles, mais le treillage du masque était sur le crâne. La toile du masque était sous la corde ; entre elle se trouvaient deux feuilles de pin desséchées, et un fragment d'herbe encore vert. La corde qui suspendait le cadavre était fortement attachée aux premières branches du chêne et présentait des traces de sang, le tronc de l'arbre en offrait aussi.

Les vêtements qui recouvraient le cadavre n'étaient pas dérangés. Ils étaient tachés de sang.

Le cadavre présentait une blessure du cuir chevelu de trois centimètres d'étendue, à bords contus et meurtris, diri-

(1) D^r LAFARGUE, de Bordeaux, *Annales d'H. P. et M. L.*, 1885, t. XIII, p. 455.

gée de haut en bas située derrière et au-dessus de l'oreille gauche, avec ecchymoses des tissus voisins. Une contusion avec ecchymose profonde de la région occipitale. Il y avait des fractures multiples de l'occipital et enfoncement des fragments osseux dans la substance cérébrale. Un vaste épanchement sanguin en caillots.

Ecchymoses des paupières, du nez et de la joue gauche.

Il y a un sillon de la peau partant de la joue droite, au-dessus de l'oreille se dirigeant vers la commissure des lèvres et se continuant à la commissure gauche, se dirigeant vers l'angle inférieur de la mâchoire et terminant sur le cou un peu après l'oreille gauche.

La peau de ce sillon n'est ni parcheminée ni ecchymosée, il n'y a pas même de changement de couleur de la peau ; les tissus sous-jacents ne sont pas ecchymosés ; le tissu cellulaire n'est pas tassé. Le bout de la langue sur lequel reposait la corde est noir et un peu ecchymosé.

Les tissus superficiels ou profonds des parties antérieure et latérales du cou ne sont pas ecchymosés. Le larynx et la trachée n'offrent rien à noter.

La verge n'est pas en demi-érection. Pas de traces de sperme à l'orifice du canal uréthral.

Conclusions. — 1° Le sieur P. D... est mort par suite des coups portés à la partie postérieure du crâne à l'aide d'un corps dur, lourd et contondant.

2° Ces coups très violents ont produit les désordres profonds constatés sur le crâne et dans le cerveau. La mort a dû être comme instantanée.

Rien sur les habits ni sur le cadavre n'indique une lutte corps à corps.

D... a été pendu après avoir reçu la mort ; la légère ecchymose du bout de la langue tendrait à faire penser que cet homme conservait un reste de vie quand il a été pendu.

II. — La veuve D... fut trouvée pendue à une poutre distante du sol de 2 mètres 64, après laquelle une forte corde destinée à attacher les vaches était solidement fixée.

Un anneau de fil qui attachait le corsage à la robe, seul était cassé de frais.

La veuve D... est de petite taille, très maigre, a des membres grêles.

Sur la joue gauche se trouve une petite ecchymose récente, violacée, et trois autres de 1 centimètre sur le pouce droit face dorsale et sur le dos de la main et sur la face dorsale du poignet.

Sur le dos de la main gauche une autre ecchymose noirâtre de 1 centimètre de diamètre.

Sur les parties antérieure et latérales du cou il n'y a pas d'écorchure, ni d'ecchymose, ni de sillon. A la partie postérieure du cou il y a une ecchymose transversale, de couleur violacée, s'étendant du niveau et au-dessous de l'apophyse mastoïde à l'autre du côté opposé, mais plus marquée à droite. Les premières couches de la peau sont seules ecchymosées.

Les tissus, les vaisseaux des méninges et du cerveau sont gorgés de sang noir liquide. Piqueté hémorragique dans tout le cerveau.

La dissection minutieuse du cou ne montre rien d'anormal. Donc pas de signes de pendaison.

Le ventricule droit est plein de sang noir liquide. Les poumons, crépitants et congestionnés par plaques, offrent une hyperhémie dans quelques parties de leurs tissus.

Conclusions.— 1° La veuve D... porte sur plusieurs parties du corps des traces anciennes de cicatrices peu profondes. Elle porte aussi deux blessures légères sur la joue gauche, remontant à peu de jours et en voie de cicatrisation.

Elle porte des traces récentes d'ecchymoses sur une joue, sur les deux mains et sur un poignet.

2° L'état de congestion et d'hyperhémie des poumons, l'état congestionnel du cerveau et de ses enveloppes, la consistance liquide et la couleur noire du sang, indiquent que la veuve D... est morte asphyxiée par empêchement à l'entrée et à la sortie de l'air des voies respiratoires une ou deux heures après avoir mangé.

3° Rien sur le cadavre n'indique que cette femme soit morte asphyxiée par pendaison. En effet, l'absence sur les parties antérieure et latérales du cou de tout sillon strangulatoire, l'absence, sur les tissus superficiels et profonds de ces régions, de toute trace même légère que devait laisser un lien dur comme une corde, tout éloigne l'idée d'une asphyxie par pendaison.

La légère ecchymose transversale de la partie postérieure du cou, faite évidemment par la corde de suspension, prouve que cette femme était encore en vie lorsqu'elle a été pendue.

Mais ce sillon ecchymotique ne peut pas expliquer la mort de cette femme par la pendaison, cette région ne renfermant ni les canaux des voies respiratoires, ni les gros vaisseaux sanguins, dont la compression amène la mort par asphyxie, lorsque le lien passe devant le cou et le comprime.

4° La mort de cette femme est-elle le résultat d'un suicide ou d'un crime ?

Je regrette de n'avoir pas vu la veuve D... encore pendue. La manière dont la corde était passée autour du cou aurait certainement contribué à pouvoir répondre catégoriquement à cette question.

Cependant en se rappelant que la veuve D... est morte asphyxiée et que rien sur le cadavre n'indique une asphyxie par pendaison ; en se rappelant encore les traces légères d'ecchymoses constatées sur une joue et sur les mains,

puis la déchirure d'un anneau d'un vêtement près du cou ; enfin après avoir vu l'art avec lequel la corde de suspension avait été sept à huit fois enroulée autour des clous de la poutre, la hauteur de celle-ci (2 m. 64), comparée à la petite taille de cette femme, à sa faiblesse, à son âge avancé, à ses infirmités. En se rappelant toutes ces circonstances, on est obligé de croire à un crime et d'éloigner l'idée d'un suicide.

L'assassin a pu donner également la mort à sa victime en la suffoquant, comme dans l'exemple suivant emprunté au docteur Minovici (1) :

Un Tzigane en état d'ivresse va un jour chez une femme qui était la maîtresse d'un soldat. Tandis qu'ils étaient ensemble, le soldat et un de ses amis arrivent et le surprennent. Une querelle s'ensuivit ; l'un des soldats pousse violemment le Tzigane et celui-ci tombe la bouche sur le lit. Les autres sortent et la dispute continue dehors. Rentrant dans la chambre, ils trouvent le Tzigane mort sur le lit. Voyant cela, les soldats sortent son corps et après en avoir enlevé la ceinture ils le suspendent à la branche d'un petit arbre. Les jambes étaient pliées aux genoux. L'autopsie permit de constater les signes d'asphyxie par suffocation et ceux de la pendaison.

Maschka cite le cas d'un détenu qui après avoir été suffoqué par d'autres détenus qui le tenaient renversé et la bouche appuyée sur un matelas, le pendirent ensuite. Chevers rapporte l'observation d'un mari qui après avoir noyé sa femme la pendit.

(1) La Pendaison, Nicolas-S. MINOVICI, *Arch. d'anthrop. crimin.*, t. XX, n° 143, p. 806.

Quand tous les membres d'une famille succombent à une mort violente, l'idée d'homicide se présente à l'esprit, mais il faut songer aussi que l'un d'eux a pu assassiner les siens et se suicider ensuite. En mai 1889, M. G. Tourdes (1), ancien professeur de médecine légale à la Faculté de Médecine de Nancy, assisté du docteur Rousselot, de Saint-Dié, eut, dans une sinistre affaire de ce genre, à faire la part du suicide et de l'homicide. Nous allons citer de cette observation les points qui se rapportent à notre sujet :

En une nuit, une famille s'est éteinte dans la maison qu'elle habite à Richardville, village des Vosges ; sept cadavres y sont découverts dans la matinée du 28 mai 1889 : ceux du père, de la mère et des cinq enfants ; les voisins n'ont entendu aucun bruit. La question médico-légale se pose : quelle est *la part à faire à l'homicide et au suicide dans cette funèbre scène*, quels sont les faits médicaux qui peuvent servir à la reconstituer.

Nous exposerons successivement : le commémoratif, les questions médico-légales qui se rattachent à ce fait, les résultats des sept autopsies, les conséquences à en déduire au point de vue du genre de mort et du caractère de l'événement homicide et suicide, la question de survie, l'ordre probable dans lequel les sept existences se sont éteintes, les conclusions qui résultent de l'ensemble des faits.

I. — Commémoratif, renseignements. — La famille G... se composait de sept personnes : le père, ancien cordonnier, voiturier et cultivateur, âgé de quarante-deux ans ; la mère, âgée de trente-cinq ans ; cinq enfants, l'aîné, un gar-

(1) *Ann. d'H. P. et M. L.*, t. XXIII, p. 206, 1890.

gon de huit ans et demi, trois filles de six ans, cinq ans et deux ans, un petit garçon de deux mois et demi, allaité par sa mère.

La maison que cette famille habitait au lieu dit Richardville n'est pas isolée, plusieurs habitations sont voisines, l'une d'elles est attenante. On a encore vu ces personnes dans l'après-midi du 27 mai. Une femme, ce jour-là, était entrée dans la maison vers cinq heures du soir et y avait apporté une certaine quantité d'eau-de-vie. On n'a entendu aucun bruit partir de cette maison, ni pendant la nuit du 27 au 28 mai, ni dans la matinée du 28. Rien n'indiquait le moment où s'était passée cette affreuse scène.

Le 28 mai, à onze heures du matin, un voisin entre dans la maison habitée par cette famille ; il voit, dans la première pièce, la femme couchée dans son lit, morte et la face ensanglantée ; un enfant mort est à côté d'elle. Effrayé, le voisin se retire, il appelle d'autres personnes, elles entrent, et on constate les faits suivants : deux lits sont dans la chambre de la mère ; dans le premier se trouve cette femme et à côté d'elle l'enfant de deux mois qu'elle allaitait ; tous deux sont sans vie, et ont la face tachée de sang. Dans le second lit attenant au premier, on découvre les deux petites filles de cinq et de deux ans ; toutes deux ont cessé de vivre et présentent au crâne des plaies sanglantes. Dans une autre pièce séparée de la première par la cuisine et située du côté de la rue, se trouve un troisième lit où couchaient les deux aînés, le petit garçon de huit ans et demi et la petite fille de six ans ; tous deux sont étendus sur le dos, sans vie et ensanglantés comme les autres corps. On ne déplace aucun de ces corps, qui restent dans les lits, et les experts les trouvent dans la position qu'ils occupaient lorsque les témoins les ont vus pour la première fois : c'était leur position au moment du meurtre.

On entre ensuite dans la grange attenante à l'habitation ;

on y voit un homme pendu, les pieds loin du sol, attaché par une longue corde à l'un des chevrons du toit ; c'est le père, qui a aussi cessé de vivre.

Les renseignements suivants nous ont été donnés sur cet homme. Il était adonné à la boisson, buveur d'eau-de-vie, d'un caractère sombre et parfois violent, redouté de ses deux beaux-frères, maltraitait sa femme qui ne se plaignait pas. On cite de lui des traits caractéristiques : devenu voiturier, quand ses bœufs ne marchaient pas, il les mordait pour les faire avancer. Sa situation de fortune était gênée ; les héritiers, le lendemain du décès ont déclaré qu'ils renonçaient à la succession. Il y a trois ans, il aurait déjà eu l'idée de se défaire de ses enfants, alors au nombre de trois ; sans aller jusqu'à la tentative sérieuse, il aurait préparé un sac avec des pierres pour les noyer. Depuis quelques jours il était presque constamment ivre, il ne couchait plus dans la chambre de sa femme, il passait la nuit dans son grenier. On dit que pendant la nuit précédente, il s'était introduit dans la chambre de sa femme, mais que l'ayant trouvée éveillée, il s'était retiré. Une hache ensanglantée a été découverte dans le foyer de la cuisine.

II. — Questions médico-légales.

Est-ce un père qui a tué sa femme et ses cinq enfants et qui s'est ensuite donné la mort ? Est-ce un étranger qui a assassiné cette famille, et qui a ensuite pendu le corps du père, pour faire croire à un suicide ? La seconde hypothèse est peu vraisemblable mais il faut constater les faits qui la repoussent.

Les questions médico-légales relatives à ce fait sont les suivantes :

1° La mort du père a-t-elle eu lieu par *pendaison*, est-elle le résultat d'un suicide ou d'un homicide ? Première question qui domine toutes les autres.

2° La mort de la mère et des cinq enfants est-elle le résultat d'un meurtre ? Quel est leur genre de mort ? A-t-il été identique pour tous ? Avec quelle arme le meurtre a-t-il été accompli ?.....

L'homicide étant très net pour la mère et les cinq enfants nous ne nous occuperons en détail que du cadavre du père.

Autopsie du pendu. — Grosgeorges a été trouvé pendu dans sa grange, à la droite de la porte qui communique avec son logement, le dos contre le mur, la face en avant, les pieds à trente centimètres du sol. La corde qui soutenait le corps était attachée à une poutre transversale, à un chevron au-dessus du toit. Pour arriver au point d'attache, on passait par un escalier qui aboutissait au premier étage de la grange ; on pouvait aussi y atteindre au moyen d'une échelle trouvée dans la grange même et qui a servi à détacher le corps. Le point de suspension était très élevé ; c'est du premier étage que l'individu s'était pendu et un choc avait dû se produire au moment où il s'était projeté.

La corde était très longue, neuve, épaisse ; son diamètre était de 9 millimètres ; elle ne faisait qu'un seul tour autour du cou médiocrement serrée avec un nœud coulant en arrière ; cette corde était double ; et bien que n'ayant fait qu'un tour, elle avait laissé un double sillon sur le cou.

Les vêtements étaient la chemise, un gilet, un caleçon, un pantalon, les pieds étaient nus. La chemise fortement relevée ne présentait aucune tache, mais sur le caleçon, au niveau des parties génitales, se trouvait une petite tache brillante et sèche, qui avait l'apparence d'une tache de sperme. Des traces de sang se remarquaient sur la chemise et sur le gilet ; un petit caillot de sang adhérait au tissu entre deux boutons de ce dernier vêtement.

1° La rigidité cadavérique est générale et très prononcée ; les pouces sont droits, non dirigés vers la paume de la main. Le corps est refroidi. Les lividités de la partie supérieure du tronc sont peu prononcées. Les jambes ont une teinte bleuâtre, elles sont le siège d'une stase sanguine assez intense.

La face amaigrie et pâle contraste avec le développement notable du système musculaire, recouvert d'une graisse abondante. Les pupilles sont dilatées, la droite est un peu irrégulière. Oreille droite pâle, oreille gauche violacée et tuméfiée ; pas de sang dans le conduit auditif ni dans les narines. Les lèvres sont bleuâtres, gonflées et entr'ouvertes. La langue fait saillie, tuméfiée et fortement mordue ; deux dents sont enfoncées dans sa pointe ; sa base est injectée.

On ne trouve à l'extérieur du corps aucune trace de blessure et de lésion quelconque. La peau est généralement pâle. Les deux mains sont parsemées de taches de sang ; ces gouttelettes se remarquent surtout sur le dos et sur la paume de la main gauche et à la face dorsale de la main droite. Les deux pieds qui sont nus sont aussi tachés de sang, ces traces existent notamment sur le gros orteil du pied gauche.

2° Le cou présente un sillon double, en grande partie situé au-dessus du larynx. Les deux sillons parallèles sont séparés par une crête charnue plus ou moins saillante suivant les régions. C'est à gauche que ces deux sillons sont plus profonds et que la crête qui les sépare est plus saillante. Le sillon supérieur est entièrement au-dessus du larynx ; l'inférieur s'étale sur le haut du cartilage thyroïde. La largeur de chacun de ces sillons est de 8 à 10 millimètres, en rapport avec le diamètre de la corde. Ces deux sillons ont une direction oblique d'avant en arrière et de bas

en haut; ils ne se rejoignent pas en arrière; toujours parallèles, ils remontent derrière les oreilles et se perdent dans les cheveux. Ces empreintes sont superficielles ; la peau y est grisâtre, un peu rugueuse, desséchée sur quelques points. Les bords des sillons et la crête qui les sépare n'offrent pas d'injection ; leur teinte est d'un brun jaunâtre à gauche et ils sont plus profonds. Une légère érosion transversale, d'une teinte rosée longue de deux centimètres, se remarque à la partie moyenne et supérieure du larynx. On ne constate aucune ecchymose sous la peau, ni entre les muscles, qui n'offrent aucune trace de déchirure.

La grande corne du cartilage thyroïde est fracturée à gauche vers son milieu. Le larynx est d'ailleurs intact, le cartilage thyroïde commence à s'ossifier. Les deux grandes cornes de l'os hyoïde sont fracturées, à gauche vers le milieu, à droite plus près de la pointe. C'est à gauche, où le sillon était le plus profond, que se trouvent réunies la fracture de l'apophyse de l'os et celle du cartilage. Les carotides ne présentent ni ecchymoses ni déchirure. Le rachis est intact.

3° A l'ouverture du thorax, on constate un affaissement notable des deux poumons ; ils ne remplissent pas la cavité thoracique ouverte ; ils avancent peu sur le péricarde. Les poumons ont à l'extérieur une teinte gris foncé ; on n'y observe pas d'ecchymoses. Le tissu incisé est d'un brun rougeâtre, fortement congestionné. La trachée ne renferme pas d'écume.

Le cœur est volumineux, chargé de graisse ; l'hypertrophie du ventricule gauche est notable ; l'organe est en pleine rigidité cadavérique. Les cavités droites sont remplies d'un sang liquide et noirâtre, sans trace de caillot ; les cavités gauches ne contiennent que peu de sang qui est également noirâtre et liquide. Les valvules sont intactes, l'aorte est sans athérome.

4° L'estomac renferme une quantité notable, un litre environ d'un liquide d'une teinte jaunâtre, qui exhale une forte odeur alcoolique ; quelques débris d'aliments y sont mêlés en très petite quantité. La muqueuse, un peu injectée, n'offre rien de particulier. Le mésentère est chargé de graisse. Le foie, d'un volume considérable, refoule en partie l'estomac dans l'hypochondre gauche ; le tissu hépatique est très injecté. La vessie est à demi remplie d'urine. Les organes génitaux sont le siège d'une congestion notable ; la verge est volumineuse, les corps caverneux sont gorgés de sang. Le méat urinaire est humide, la pression sur le canal en fait sortir un liquide d'une teinte pâle. En rapprochant ce fait de la tache que présentait le caleçon, on peut supposer que l'érection dont on retrouve les traces a été accompagnée pendant l'agonie de la sortie de quelques gouttes de sperme.

5° Les téguments du crâne sont très pâles ; les méninges ne présentent pas d'adhérence ; aucune trace d'altération pathologique. La pie-mère est légèrement injectée. La substance cérébrale n'est pas congestionnée. Une sérosité dans le ventricule droit, gauche ; il y a beaucoup moins de sérosité dans le ventricule droit.

Les conclusions suivantes résultent de cette autopsie :

1° La mort est le résultat de la pendaison ; on a constaté les signes de ce genre d'asphyxie et l'absence de toute autre cause de mort.

2° Cette pendaison est le fait d'un suicide ; le siège, la direction, les caractères du sillon, l'absence de toute trace de violence ne laissent aucun doute à cet égard.

3° La fracture des grandes cornes de l'os hyoïde et du cartilage thyroïde qui n'est pas rare dans ce genre de mort, a été la conséquence du mode de suspension, le corps attaché à une longue corde étant tombé d'une certaine hauteur.

4° La mort a été rapide ; la suspension a été assez prolongée, ainsi que l'indiquent la congestion des jambes et les faibles lividités de la partie postérieure du corps.

5° Parmi les indices qui se rapportent à la perpétration des meurtres, on doit signaler les taches de sang qui se trouvaient sur les vêtements, sur les mains et sur les pieds qui étaient nus.

6° L'individu était sous l'influence de l'alcoolisme, lorsqu'il a commis les meurtres et accompli le suicide. Un certain temps a dû s'écouler entre les deux actes, ainsi que le prouve cette circonstance que l'instrument du crime a été caché. L'estomac était rempli d'une quantité notable d'alcool récemment ingérée, ce qui fait supposer qu'il en avait pris une nouvelle dose pour se décider au suicide.

7° Les méninges et le cerveau ne présentaient pas de lésion organique de nature à faire supposer une aliénation mentale.

L'état du foie et du cœur étaient en rapport avec les habitudes d'alcoolisme.

Dans le cas où la mort est due à un coup porté à l'aide d'un instrument très fin et piquant, comme une aiguille par exemple, le médecin légiste se trouvant en présence du cadavre pendu peut facilement être induit en erreur.

Citons à ce propos le cas rapporté par le docteur Hanns Gross (1) : un garçon de laboratoire qui fut condamné pour avoir tué sa femme de la manière suivante :

Après avoir frappé au cœur à l'aide d'une aiguille, l'individu avait bouché avec le doigt l'orifice presque imper-

(1) *Manuel pratique d'instruction judiciaire*, p. 230, vol. III, 1899.

ceptible de la blessure, pour empêcher le sang de couler ; Il avait ensuite pendu le cadavre pour simuler un suicide, et la chose était d'autant plus facile que la blessure était cachée sous le sein gauche et qu'on ne pouvait l'apercevoir. Le crime fut découvert grâce au hasard, car, un jour, cet homme se trouvant ivre avoua tout.

Deveaux, Petit citent des cas de pendaisons de cadavres, après que le cœur aurait été percé d'un coup d'aiguille, ce qui produisit une blessure très petite cachée sous le sein. Chevers cite un cas où le cerveau fut percé et le cadavre pendu ensuite.

En outre de toutes ces preuves physiques, nous avons aussi des preuves morales qui peuvent nous aider dans notre diagnostic, et nous devons faire une enquête sur les antécédents héréditaires du sujet, on a vu en effet la pendaison en honneur dans certaines familles. Le professeur Brouardel cite le cas d'une famille dont le grand-père se pendit, laissant onze enfants, dont dix se suicidèrent en se pendant ; le onzième, à soixante-huit ans, avait dépassé l'âge où ses frères s'étaient pendus.

Dans les antécédents personnels des tentatives de suicide seront favorables à l'idée de suicide.

L'existence d'une maladie incurable, d'infirmités, peuvent dans certains cas douteux nous faire admettre l'hypothèse d'un suicide.

Résumé des principaux éléments de diagnostic différentiel de la pendaison, suicide, homicide et simulée

Suicide.

Levée de lieux.

Pas de désordre ?
Pas de traces de lutte.
Pas d'empreintes.
Meubles en ordre.
Lien fixé en un point accessible.

Le lien appartenant au sujet.

Nœud correspondant à sa profession.
Nœud peu serré et peu compliqué.
Le lien doit être assez solide pour supporter le poids du corps, augmenté de l'effort de traction exercé pendant la période convulsive.

Levée de corps et autopsie :

Vêtements en ordre.
Pas de traces de violence. — Sauf quelques ecchymoses ou éraflures produites pendant les convulsions — et des tentatives antérieures de suicide.
Corps pendu d'une manière souvent incomplète.
Sillon à bords parfois congestionnés, et présentant quelquefois des phlyctènes.
Face pâle ou congestionnée.

L'autopsie montre les lésions de la pendaison.
Hérédité ou imitation dans le suicide.
Lésions ou état des organes à tendance au suicide.

Homicide et pendaison simulée.

Levée de lieux :

Désordre ?
Traces de luttes.
Empreintes sanglantes ou non.
Meubles fouillés ? Vol.
Lien fixé en un point inaccessible le plus souvent.
Le lien et le nœud ne peuvent être rapportés à la victime.
Nœud très serré et compliqué.

Le lien peut seulement supporter un cadavre.

Levée de corps et autopsie :

Vêtements arrachés, déchirés.
Traces de violence : Strangulation, suffocation, blessures de toutes sortes sur les différents points du corps.

Corps généralement suspendu complètement.
Sillon à bords pâles, jamais de phlyctènes.

Face présentant un aspect en rapport avec la cause réelle de la mort.
L'autopsie permet d'établir la cause réelle de la mort.

CHAPITRE II

Diagnostic de la submersion suicide, homicide et simulée

Historique.

De tout temps on s'est préoccupé du diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide par submersion. A. Paré a indiqué les moyens qui permettent de dire si un corps a été noyé vif ou jeté dans l'eau mort : « On trouvera, dit-il, l'estomac et le ventre remplis d'eau ; il sort du nez quelque excrément morveux, et par la bouche écumeuse et baveuse, et le plus souvent saignera du nez en abondance ; il aura l'extrémité des doigts et le front écorchés, à raison qu'en mourant il gratte le sable au fond de l'eau, pensant prendre quelque chose pour se sauver et qu'il meurt comme en furie et rage. »

Vers le XVIII^e siècle, on fait des travaux nombreux et l'on attire particulièrement l'attention sur la pré-

sence de l'eau dans l'estomac comme signe le plus sûr de la submersion pendant la vie, la Faculté de Leipzig déclare ce signe faux. Après les travaux de Belloc, Morgagni, Louis, il est établi que la présence de l'eau et d'écume dans les voies respiratoires constitue une preuve de submersion pendant la vie. Les travaux se multiplient, on expérimente sur les animaux, mais ce n'est qu'au xix^e siècle que l'histoire de la submersion se trouve établie sur des bases solides. Marc, en 1808, publie un mémoire sur les moyens de constater la mort par submersion. Devergie, en 1829 et 1830, établit les principes qui doivent guider le médecin légiste dans le diagnostic de ce genre de mort. Viennent ensuite les travaux de Tardieu, Fodéré, Orfila, Taylor, Casper, Liman, Hoffmann, Tourdes, dans lesquels on retrouve le même souci de préciser le diagnostic différentiel de la submersion-suicide ou homicide.

Citons également dans le même ordre d'idées les travaux du Professeur Brouardel, la thèse du Docteur Bougier, et les expériences du Professeur Corin, de Liège.

La submersion occupe une grande place dans les accidents, 30 0/0 des cas ; elle est utilisée très fréquemment comme mode de suicide ; un quart des cas environ, dans lesquels on compte plus de femmes que d'hommes. Les enfants sont susceptibles de mettre fin à leurs jours par ce moyen ; il ne faudrait donc pas

songer systématiquement à un homicide lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant noyé.

Au sujet de la submersion homicide simple, nous ne pouvons rien préciser, car, à part quelques cas exceptionnels dans lesquels nous pouvons nous baser sur le récit de témoins, la submersion homicide est confondue avec la submersion-suicide. Rien n'est plus facile, en effet, que d'attirer, sous un prétexte quelconque un individu sur le bord d'une rivière et de le pousser par surprise.

L'on conçoit que ce mode d'homicide sera le plus souvent facile avec les enfants. Dans ces cas, la levée du corps et l'autopsie ne révélant aucune trace de violence, on attribue ordinairement la mort à un suicide ou un accident, un diagnostic précis étant impossible.

Casper cite le cas d'un mari qui noya sa femme de cette manière. La submersion étant souvent utilisée comme moyen de suicide, on comprend facilement que les assassins chercheront parfois à dissimuler leur crime en immergeant le cadavre pour faire croire d'abord au suicide de leur victime et en outre avec l'espoir de le faire disparaître complètement. Le problème se présentera alors au médecin légiste et il aura à déterminer s'il y a eu submersion ou immersion d'un cadavre, c'est ce qui arrive le plus souvent.

Levée de lieux.

La levée des lieux ne présente que fort peu d'intérêt pour le diagnostic. L'aspect des lieux, on le comprend, sera identique dans le suicide ou l'homicide.

Cependant lorsqu'un cadavre est retrouvé dans une quantité d'eau très faible, on pourrait douter du suicide; aussi ne faut-il pas oublier qu'il suffit que la face plonge dans l'eau pour entraîner la mort de celui qui est bien décidé à mourir. Tourdes rapporte l'observation d'un soldat qui tomba du haut d'un des remparts de Strasbourg dans le fossé couvert de glace, brisa la couche de glace avec sa tête et se noya n'ayant absolument que la face dans l'eau. Dans les mêmes conditions, le meurtre n'est pas possible, car la résistance serait facile et la personne pourrait se dérober facilement.

Levée de corps et autopsie.

Sur les vêtements et sur le corps d'un suicidé par submersion, ordinairement on ne constate pas de trace de violence; dans certains cas, cependant, on observe des désordres qui se distingueront facilement des traces de violences qui se rencontrent chez les individus assassinés puis ensuite immergés. Nous allons rappeler les lésions qui peuvent se présenter dans l'un et l'autre cas. Au moment de sa chute le corps du suicidé peut heurter des piquets, le fond ou le bord de la rivière (voir observation personnelle, suicide de la veuve X...). On constatera donc de véritables ecchymoses. Parfois des ecchymoses qui auront été produites avant l'événement pourraient en imposer pour des traces d'une lutte ayant précédé la sub-

mersion homicide ; comme dans le cas suivant cité par le Professeur Brouardel (1) :

Deux étudiants ramènent chez elle une femme en la tenant chacun sous un bras. En se réveillant, désespérée de se voir abandonnée, cette femme va se noyer dans le canal Saint-Martin. Les bras étaient couverts d'ecchymoses. C'est ce qui a provoqué l'autopsie, qui permit d'établir qu'elles avaient été faites la veille.

Les lésions qui le plus souvent évoquent l'idée de crime sont celles qui sont produites post-mortem par les hélices de bateaux ou par l'écrasement du cadavre entre les parois d'un bateau et le bord de la rivière ou de la paroi du canal. Mais l'absence de réaction vitale (épanchement sanguin) au niveau de blessure permet le diagnostic.

M. le Professeur Parisot eut à examiner le cadavre d'un noyé qui présentait des lésions post-mortem très nettes, et en outre dans la région inguinale une blessure longue de huit centimètres environ qui parut avoir origine criminelle au médecin qui fit la levée de corps ; celui-ci avait pensé à un assassinat par instrument tranchant, mais il lui avait cependant semblé étrange de trouver le pantalon fermé. L'autopsie a permis d'établir que la lésion constatée avait été produite après la mort, non pas à l'aide d'un couteau, ni de dehors en dedans, mais par un fragment du pubis qui avait perforé les tissus de dedans

(1) BROUARDEL, La Submersion, p. 500.

en dehors. Comme le cadavre ne présentait aucune lésion homicide, et aucune trace de lutte, le suicide fut admis.

Un cas à peu près analogue est rapporté par le Professeur Brouardel (1).

On retire un cadavre de la Seine. Le médecin chargé de l'examen constate une lésion de l'apophyse mastoïde, une perforation du pariétal, une lésion de la poitrine. Il reconstitue alors le crime : l'individu a reçu un coup de poignard dans la poitrine, et ensuite on lui a tiré une coup de pistolet ; la balle, entrée par l'apophyse mastoïde, est sortie par le pariétal ; enfin, on a jeté le corps à l'eau.

Mais la blessure de la poitrine mesurait vingt et un centimètres, ce qui était beaucoup pour un coup de poignard ; l'apophyse mastoïde n'était pas brisée mais usée, le pariétal n'était pas perforé, la quatrième et la cinquième vertèbres cervicales avaient disparu. Il n'y avait pas eu crime, mais le corps fut arrêté un certain temps par les chaînes de touage, et le frottement avait déterminé de l'usure aux points sus-décrits.

Un bon signe de submersion pendant la vie est la présence d'un bouchon d'écume devant la bouche, et bien qu'il ne se rencontre pas dans chaque cas, on ne le rencontre dans aucun autre genre de mort. L'autopsie nous permet de trouver presque toujours chez les noyés une certaine quantité d'eau dans l'estomac, tandis qu'elle ne pénètre pas chez les immergés ; les bronches, les bronchioles contiennent des corps étrangers, nous avons maintes fois observé ce fait et nous avons retrouvé des corps étrangers : grains de

(1) BROUARDEL, La Submersion, p. 502.

charbon, corps chlorophylliens, fibres végétales dans les petites bronches. Tandis que chez les immergés les corps étrangers ne pénètrent que jusque dans les moyennes bronches (1).

Le 8 novembre 1911, M. le Professeur Parisot fut commis pour pratiquer l'autopsie du cadavre d'un enfant âgé de six ans, retrouvé dans le canal de la Marne au Rhin, aux environs de Nancy. L'identité de l'enfant ayant été établie, la mère fut recherchée. Elle prétendit que son enfant était mort naturellement et qu'elle n'avait jeté dans l'eau qu'un cadavre.

La levée de corps permit de constater que le cadavre était dans un état de putréfaction avancée et qu'il présentait une déformation de l'épaule gauche, ainsi qu'un empâtement au niveau de la bosse pariétale droite.

L'idée de suicide fut éliminée étant donné l'âge de l'enfant et parce que la mère avait reconnu avoir joué un certain rôle dans l'événement. Nous pouvions faire quatre hypothèses pour expliquer cette mort.

1° L'enfant C., mort naturellement a-t-il été jeté dans l'eau ? Les déformations qu'il présente sont-elles des lésions post-mortem ?

2° C... est-il mort suffoqué par application sur la face d'un corps mou, n'ayant laissé aucune trace ; puis l'a-t-on immergé ensuite ? Les lésions qu'il présente ont-elles été faites après la mort.

3° C... mort à la suite de violences ayant produit les déformations précitées a-t-il été immergé ?

(1) BOUGIER, *Thèse de Paris* 1884. Peut-on diagnostiquer la mort par submersion ?

4° C... a-t-il été submergé et les lésions qu'il présente sont-elles des lésions post-mortem ?

Le rapport d'autopsie que nous allons citer nous indiquera laquelle des trois hypothèses correspondait à la réalité.

RAPPORT D'AUTOPSIE

Je soussigné, Pierre Parisot, docteur en, médecine, commis par ordonnance de Monsieur le Juge d'instruction de Nancy, en date du 8 novembre 1911, à l'effet de constater les causes du décès du jeune C..., âgé de six ans, fils de la nommée C..., âgée de vingt-quatre ans, domestique, demeurant à S..., serment préalablement prêté, ai procédé aux fins ci-dessus à l'autopsie du corps de l'enfant C... et ai fait les constatations suivantes :

Aspect extérieur. — L'aspect général est celui d'un noyé. Le cadavre est revêtu de ses vêtements qui ne présentent aucune trace de lutte.

L'enfant, déshabillé, est du sexe masculin ; il mesure 1 m. 07.

La face est bouffie ; elle est en partie recouverte d'algues ; elle présente une teinte verte au niveau des paupières ; une teinte brunâtre au niveau du front.

L'épiderme s'enlève par places ; du nez et de la bouche s'écoule un liquide rougeâtre.

Une teinte verdâtre s'étend sur le thorax, l'abdomen et la partie supérieure des cuisses.

Le thorax est bouffi. On note une déformation au niveau de l'épaule gauche, sans lésion cutanée.

Les bourses de l'enfant sont volumineuses et également

verdâtres. Au-dessus de la hanche gauche se voit une zone brunâtre.

Les mains et les pieds sont macérés ; l'épiderme se détache. Aux mains, les ongles ont disparu, sauf au pouce droit.

Au niveau de la bosse pariétale droite on note un empâtement.

En résumé, pas de traces extérieures de violence.

Autopsie. — A la dissection de l'épaule gauche s'écoule une abondante sérosité rougeâtre. On constate une fracture du col chirurgical de l'humérus, sans réaction vitale. Il s'agit donc d'une lésion *post-mortem*.

A l'incision du cuir chevelu, on remarque une grosse collection de sérosité rougeâtre au niveau de la bosse pariétale droite, d'où les signes d'empâtement dont nous avons parlé ; cette collection s'étendait à toute la région occipitale, c'est là un signe de putréfaction. On ne constate aucune fracture du crâne. Le cerveau, mis à nu, est putréfié.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve un estomac assez volumineux ; il renferme cinquante grammes environ d'une bouillie alimentaire rougeâtre parsemée de granulations blanchâtres. Le foie, volumineux, est peu putréfié. A la coupe s'écoule une abondante quantité de sang fluide, signe de la mort par submersion.

La rate et les reins sont putréfiés.

A l'examen du thorax, on constate que les plèvres contiennent une sérosité rougeâtre ; la plèvre droite cinquante centimètres cubes, la plèvre gauche deux centimètres cubes environ.

Les poumons sont assez volumineux ; ils présentent des placards d'emphysème et des bulles gazeuses dues à la putréfaction.

A la coupe de la base du poumon s'écoule une sérosité

sanguinolente dans laquelle on voit à l'œil nu des petits corps étrangers dont la présence a été contrôlée au microscope et parmi lesquels on distinguait, en particulier, des débris charbonneux et des fragments végétaux.

Au niveau des petites bronchioles, le microscope révèle également de nombreux corps étrangers semblables à ceux que l'on voit dans le larynx, la trachée et les grosses bronches, consistant en corps charbonneux, détritux végétaux et filaments d'algues.

Enfin, l'examen microscopique d'une coupe faite à la base du poumon décelé la présence dans l'intérieur des alvéoles pulmonaires de très petits corps étrangers semblables aux précédents et parmi lesquels nous avons observé des filaments d'algues.

Après avoir sorti les viscères du thorax et de l'abdomen, nous avons été frappé par la multiplicité de fractures intéressant le squelette du bassin et la portion lombaire de la colonne vertébrale. Mais ces lésions ne s'étant pas accompagnées de réactions vitales, leur examen nous autorise à les considérer comme *post-mortem*.

En résumé, d'après l'aspect extérieur et les faits constatés à l'autopsie, nous pouvons déduire :

Le cadave est celui d'un enfant du sexe masculin âgé d'environ six ans.

La présence d'algues, la macération des extrémités des membres démontrent qu'il s'agit du cadavre d'un enfant immergé pendant une durée de quinze jours environ. En outre, la présence de sérosité fluide et rougeâtre imbibant tous les tissus, l'aspect caractéristique du foie, la présence de corps étrangers particuliers dans les alvéoles pulmonaires, corps étrangers semblables à ceux rencontrés dans les voies aériennes supérieures, démontrent que cet enfant a été submergé et est mort du fait de la submersion.

Conclusions. — Le jeune C... a séjourné environ quinze jours dans l'eau. Sa mort est due à la submersion. Il ne porte aucune trace de violence.

Signé : Docteur Pierre PARISOT.

L'examen microscopique, des petites bronches et des alvéoles pulmonaires révélant la présence de corps étrangers identiques à ceux qui avaient été constatés dans toutes les parties de l'appareil respiratoire, a fourni dans cette expertise l'élément de diagnostic le plus certain, et a ainsi démontré en infirmant une partie de la déclaration de la mère qu'elle était l'auteur de la mort de son enfant.

L'eau ne pénètre pas dans l'oreille moyenne chez les immergés ; sa présence chez un cadavre est un bon signe de submersion. La fluidité du sang et l'augmentation de volume des poumons sont de bons signes de submersion.

Tous ces signes n'ont de valeur que si le cadavre n'est pas trop putréfié. Le médecin, dans le cas de putréfaction relativement avancée, a encore comme moyen de diagnostic, l'examen cryoscopique du sang, expérimenté pour la première fois en 1901 par Carrara (1), dont le principe est le suivant :

Chez les individus noyés dans l'eau douce, le sang présente une concentration moléculaire moindre qu'à l'état normal, et le sang du cœur gauche est notablement plus dilué que celui du cœur droit. Ce sang,

(1) *Annales d'H. P. et M. L.*, Oct. 1909.

par conséquent, se congélera à une température voisine de zéro.

Chez les individus noyés dans l'eau de mer, le sang présente une concentration moléculaire plus élevée qu'à l'état normal, et le sang du cœur gauche est notablement plus concentré que celui du cœur droit.

Lorsque des cadavres ont été immergés dans l'eau, il n'existe pas de différence de concentration moléculaire sensible entre le sang renfermé dans les cavités droite et gauche du cœur, et le degré de congélation ne varie pas.

On conçoit qu'il faudra établir d'abord le point de congélation de l'eau de la rivière dont on a retiré le cadavre, pour faire la comparaison.

Le seul inconvénient de cette méthode, pour la technique de laquelle nous renvoyons aux ouvrages spéciaux, est qu'on ne trouve parfois pas de sang dans le cœur, le plus souvent à cause de la putréfaction.

La valeur incontestable de la cryoscopie pour diagnostiquer si l'on a affaire à un noyé ou à un cadavre immergé a été démontrée par le docteur Weinfeld (1) ; après une série d'expériences et après avoir étudié de nombreux cas de submersion dans lesquels la cryoscopie a été utilisée avec succès comme moyen de diagnostic, il pose les conclusions suivantes :

1° Les moyens utilisés jusqu'à présent pour faire le

(1) WEINFELD, *Thèse de Jassy*, Roumanie, 1910.

diagnostic de la submersion sont tous passibles d'objections ;

2° La cryoscopie faisant voir chez les noyés une grande différence de concentration entre le sang du cœur droit et le sang du cœur gauche et étant un moyen d'investigation assez prompt et très exact, peut être considéré aujourd'hui comme le meilleur moyen de diagnostic de la mort par submersion ;

3° Par la cryoscopie on peut diagnostiquer non seulement la submersion, mais en même temps, considérant la valeur du point de congélation, on peut reconnaître aussi la qualité de l'eau qui a servi à la submersion (eau de rivière ou de mer).

Une autre méthode ingénieuse a été expérimentée récemment par MM. Corin (1) et Stokis ; elle consiste dans la recherche du plankton cristallin dans le cœur. Ces auteurs ont démontré la pénétration dans le cœur de substances minérales, tenues en suspension dans l'eau. Comme chaque rivière tient en suspension en ses différents points des substances minérales caractéristiques que l'on peut déterminer d'avance, on conçoit qu'il est possible non seulement de dire s'il y a eu submersion ou immersion mais encore dans quelle rivière et en quel point l'événement a eu lieu.

Il arrive souvent que des individus repêchés ont les mains et quelquefois aussi les pieds liés. Il s'agit ordinairement de suicidés et l'on ne trouve aucune trace de violence. Les liens ont été appliqués par la personne elle-même pour assurer le succès de sa tenta-

(1) Congrès de Bruxelles, Avril 1910. Ar. Int. de méd., Supplém. 1910.

tive ; cette pratique a été souvent observée par M. le Professeur Tourdes. M. le Professeur Parisot, il y a quelques années, fit l'autopsie d'une femme qui fut retrouvée dans ces conditions.

Une veuve qui avait un amant disparaît de Nancy. On retrouve quelques jours après son corps dans le canal de la Marne au Rhin aux environs de E... Les mains de cette femme étaient liées par un mouchoir. Avant l'événement, des témoins l'avaient vue portant un sac à main et dans la perquisition faite chez elle on n'avait plus retrouvé d'argent, tout semblait concorder pour admettre qu'au cours d'une promenade sur les bords du canal cette femme avait été volée et précipitée dans l'eau par son amant. A l'autopsie, en dehors des signes de la submersion, elle présentait des ecchymoses sur quelques points saillants du corps, en particulier au niveau des trochanters. Il fut reconnu, d'autre part, que si ses mains étaient liées par un mouchoir, la ligature avait pu facilement être faite par cette femme elle-même. Les conclusions furent les suivantes : La mort de la veuve V... est due à l'asphyxie par submersion.

Les ecchymoses qu'elle présente au niveau des parties saillantes se sont produites au moment de la chute sur le talus.

Les mains ont été liées par la personne elle-même pour s'empêcher de faire des mouvements qui auraient pu la sauver.

La veuve V... s'est suicidée.

La démonstration fut complète quand, en draguant le canal, on eut retrouvé le réticule contenant tout le patrimoine de la suicidée. Des témoignages sont

venus ultérieurement confirmer le suicide, car en quittant Nancy, elle avait déclaré à des voisins qu'elle mettrait fin à ses jours.

La ligature peut être quelquefois fort compliquée comme le montre la description ci-dessous, empruntée au professeur Brouardel (1), extraite d'une expertise faite dans un cas de suicide :

Le cadavre était replié sur lui-même et à peu près dans la position que prennent les tailleurs lorsqu'ils sont assis sur leur table de travail, les cuisses écartées, les jambes fléchies de façon à se croiser au niveau des malléoles.

L'extrémité de la corde tournée en anneau passait au-dessus des malléoles et cet anneau était fermé par un nœud dit marin, placé à la partie antérieure des jambes, l'autre extrémité de la corde embrassait le cou et là encore elle formait un anneau constitué par la corde passée dans une boucle, en forme de nœud coulant.

Ce procédé de ligature peut être fait par la personne elle-même. En effet, après avoir uni ses jambes par un nœud bien fermé, on peut en fléchissant le tronc en avant passer la tête dans le nœud coulant préalablement préparé. Il semble, au contraire, impossible qu'une personne étrangère puisse appliquer ce procédé de ligature à quelqu'un, à moins que la victime n'ait été mise dans l'impossibilité de résister par une lutte antérieure ou par des coups ayant eu pour conséquence d'annuler toute résistance.

Certains individus, pour être plus sûrs de mourir,

(1) BROUARDEL, *La Submersion*, p. 540.

se placent de telle manière qu'ils pourront tomber dans l'eau après s'être tiré un coup de revolver ou frappés à l'aide d'un instrument tranchant. Des problèmes de ce genre sont presque insolubles et le diagnostic peut cependant se faire parfois grâce à certains détails de l'enquête ou à la disposition et à la nature des blessures qui, dans certains cas, auront des caractères compatibles avec l'idée de suicide ou d'homicide.

Il s'agit d'une tentative de suicide par instrument tranchant ayant précédé la submersion dans une observation du professeur Tourdes :

Un homme, âgé de soixante-quatorze ans, fut retiré du canal à Nancy. Il portait au cou une plaie récente, superficielle, avec hachures nombreuses, ouvertes de gauche à droite ; on trouve sur la rive son habit qu'il avait quitté avant de se jeter à l'eau, la manche droite de son habit était tachée de sang et un couteau était dans sa poche. Le suicide était certain.

Le même auteur rapporte d'autre part la mort de Fualdès qui fut saigné jusqu'à épuisement complet, puis jeté à la rivière ; ici l'homicide n'était pas douteux.

Quand le cadavre repêché présente des traces de strangulation à la main, ou de suffocation, il ne peut y avoir de doute sur l'homicide (1).

Des corps auxquels étaient assujettis des poids (2),

(1) BROUARDEL, La Submersion, p. 526.

(2) *Idem*, p. 509.

destinés à les maintenir au fond, ont été retirés de l'eau ou sont apparus à la surface étant devenus plus légers, grâce aux gaz de la putréfaction, il est bien évident que dans ces cas la mort était due à une autre cause qu'à la submersion, car il n'est pas possible d'appliquer un tel dispositif sur une personne en vie. Nous ne signalons ce fait que parce que certains auteurs ont parlé de suicides ayant eu lieu dans ces conditions. Le diagnostic avait été facile, en général, car aucune violence n'avait été constatée, et la mort par submersion reconnue.

Résumé des principaux éléments de diagnostic différentiel de la submersion suicide, homicide et simulée.

Suicide.	Homicide.
<i>Levée de corps et autopsie :</i>	<i>Levée de corps et autopsie :</i>
Pas de traces de lutte ni de violences homicides.	Traces de lutte et de violences.
Membres quelquefois liés.	Membres jamais liés.
Poids fixés au corps (rare).	Lésions criminelles ayant entraîné la mort avant l'immersion, dues à des coups de couteau, revolver, très souvent strangulation ou suffocation.
Tentatives de suicide ayant précédé la submersion, ordinairement coups de couteau ou de revolver.	Pas de corps étrangers dans les petites bronches, pas d'eau dans l'estomac, ni dans l'oreille moyenne, pas de plankton.
Corps étrangers dans les petites bronches, eau déglutie, eau dans l'oreille moyenne, plankton cristallin du cœur.	Pas de modifications dans la concentration moléculaire.
Concentration moléculaire plus faible (eau douce), plus élevée (eau de mer) qu'à l'état normal.	Pas de modification de volume des poumons.
Sang flu de.	
Augmentation de volume des poumons.	
Lésions ou état des organes à tendance au suicide.	

CHAPITRE III

Diagnostic de la strangulation suicide, homicide et simulée.

Historique.

Louis recherche les signes qui indiquent que la strangulation a précédé la suspension ; c'est lui, un des premiers, qui aborde cette question de diagnostic différentiel.

Le suicide du général Pichegru, en 1804, donna lieu à de longues discussions, à la tête desquelles se trouvait Chaussier, qui eurent pour résultat de démontrer que la strangulation suicide était possible. Jusqu'à cette époque on considérait ce genre de suicide comme trop douloureux et trop difficile pour être pratiqué. Ensuite Taylor, Casper, Simon, Briand et Chaudé, Brouardel, Lacassagne et son élève Seniez, dans sa thèse, s'occupent de la question du diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide par strangulation.

Il est reconnu que le suicide par strangulation est fort rare et que celle-ci est très souvent le fait d'un homicide. Ceci nous dispensera d'insister longuement sur le diagnostic différentiel de ces deux genres de mort ; nous nous contenterons d'en signaler les éléments de diagnostic les plus intéressants.

Levée de lieux.

La strangulation s'effectue de deux manières différentes : à la main ou à l'aide d'un lien.

Le suicide par strangulation à la main est impossible : en effet, la strangulation cesserait au moment où surviendrait la perte de connaissance, et la respiration se rétablirait aussitôt. Les tentatives de suicide par ce moyen sont très rares et n'ont été observées que chez des aliénés, chez lesquels existent souvent des troubles de sensibilité. Nous n'aurons donc à observer que des suicides par strangulation à l'aide d'un lien.

Au contraire, dans l'homicide, la strangulation à l'aide des mains est la plus fréquente : on observera souvent la combinaison des deux procédés.

Le lieu où un suicide par strangulation s'est effectué, sera dans un ordre complet, on n'y trouvera aucune trace qui puisse faire songer à une lutte, tandis que dans le cas de meurtre, un grand désordre régnera autour du cadavre. On comprend facilement qu'un individu ne se laisse pas étrangler sans opposer une vive résistance.

Levée de corps et autopsie.

Dans la strangulation suicide, le cadavre est le plus souvent dans le décubitus dorsal sur son lit ou sur le sol, les vêtements sont en ordre ; dans l'homicide, la position est quelconque et les vêtements présentent des traces de lutte, surtout dans la strangulation à la main, et le corps porte souvent des traces de coups qui indiquent que le meurtrier a cherché à faire perdre connaissance à sa victime.

Parfois le lien qui a servi à commettre le crime est introuvable, l'assassin croyant dissimuler son acte criminel en a au contraire donné la preuve.

La nature du lien nous permettra quelquefois de diagnostiquer le suicide de l'homicide. Si le lien appartient à la victime, il est très vraisemblable qu'elle l'ait appliqué elle-même ; s'il appartient à un autre individu plus ou moins soupçonné l'intervention de celui-ci pourra être admise. Tardieu cite une observation dans laquelle un paquet de corde semblable à celle qui fut trouvée autour du cou d'un cadavre fut saisi chez une personne fortement soupçonnée. Cette personne avoua devant cette preuve accablante.

Dans le suicide, le lien est plus fortement serré que dans l'homicide ; il présente plusieurs tours, quelquefois sans nœud, ou est attaché avec des nœuds très serrés. Ceci s'explique facilement, car un meurtrier ne prendra pas le soin d'enrouler le lien plusieurs fois, car cela l'obligerait à soulever la tête un certain

nombre de fois, manœuvres incompatibles avec la précipitation avec laquelle il opère dans la crainte d'être surpris (voir affaire Armand et Roux, page 111).

Orfila (1) cite l'observation suivante qui montre d'une manière typique la façon dont le lien est appliqué dans le genre suicide :

Un mélancolique se serre fortement le cou avec deux cravates, dont l'une fait trois fois le tour du cou et offre trois nœuds sans rosette correspondant à l'épaule droite, et dont l'autre ne fait que deux tours, et se trouve fixée par devant à l'aide de deux nœuds sans rosette. Cet homme est trouvé mort dans sa chambre, les extrémités inférieures en travers de son lit, le reste du corps penché en dehors, la tête appuyée sur le sol et à la renverse, la face tournée en avant. Le visage est fortement tuméfié ; une grande quantité de sang s'est écoulée par le nez. Ces cravates, fortement appliquées sur le cou, y ont laissé une dépression ; la peau est livide sous ces dépressions et au contraire violette dans leur intervalle. Il fut bien reconnu que la strangulation avait été le fait d'un suicide.

Le lien qui servit au suicide d'une jeune domestique, dont l'histoire est rapportée par Hoffmann, de Vienne, formait trois tours ; il était fortement noué par un double nœud situé en avant ; un de ces nœuds avait été fait après les deux premiers tours, l'autre après le troisième. On ne put les détacher et on dut les couper, ce qui fut assez difficile, le couteau ne pou-

(1) Traité de médecine légale, t. II, p. 380.

vant pénétrer facilement sous les liens qui étaient entrés profondément dans les chairs.

Dans l'observation suivante due au Professeur Corin (1), on verra un tablier roulé et fortement serré utilisé par une vieille femme pour en finir avec la vie :

Une vieille ivrognesse vivait seule dans une chambre misérable. Un soir, ses enfants, qui ne l'avaient pas vue de toute la journée, voulurent pénétrer chez elle et constatèrent que la porte était fermée de l'intérieur. Ils appelèrent un agent de police qui força la serrure et qui trouva le cadavre de la vieille femme étendu sur le lit. Le cou était fortement enserré dans un tablier de coton roulé sur lui-même et serré, sous le menton, par un simple nœud. Celui-ci avait été fait de façon à ce que le chef de droite passât sur le chef de gauche et s'enroulât autour de lui. C'était là une présomption bien faible en faveur du suicide, ce mouvement semblant un peu plus instinctif que celui qui consiste à passer le chef gauche au-dessus du chef droit.

L'autopsie qui démontra les lésions banales de l'asphyxie, établit aussi l'absence de toute trace de violence. D'autre part, on ne pouvait entrer dans la chambre que par la porte qu'on avait trouvée fermée. La lucarne qui servait de fenêtre était depuis longtemps condamnée et ne présentait aucune trace d'effraction ou d'escalade.

Nous admîmes d'autant plus le suicide que l'estomac contenait de notables quantités d'alcool.

Taylor, dans son *Traité de médecine légale*, cite une observation relative à une aliénée qui se suicida dans

(1) CORIN et HEGER-GILBERT, Arch. int. de méd. lég., VI, F I.

son lit avec un mouchoir de soie qu'elle roula deux fois autour de son cou et qu'elle noua fortement en avant. Cette femme était privée des quatre doigts de la main droite.

Ces observations nous montrent qu'il ne faut pas une force physique extraordinaire pour ce genre de suicide ; les statistiques prouvent d'ailleurs que le plus grand nombre de cas concerne les femmes. Vient ensuite les prisonniers et les gens que de longues et douloureuses maladies poussent au désespoir.

Le sillon dans la strangulation suicide est le plus habituellement horizontal, circulaire, et souvent peu marqué.

Dans l'homicide, il est ordinairement net, profond ; il présente des ecchymoses et des éraflures ; sa direction est plus ou moins oblique, suivant le sens dans lequel l'agresseur a tiré.

Le suicidé emploie souvent le garrot pour assurer la constriction du lien, mais il ne faut pas oublier que ce procédé peut être utilisé dans l'homicide. Si le garrot est un objet ayant appartenu à la victime, nous admettrons plus volontiers le suicide. Hoffmann rapporte le cas d'un soldat qui s'est étranglé en passant son sabre muni de sa gaine dans un morceau de drap de laine, fortement serré autour du cou et assujéti par un nœud en avant.

Tardieu eut l'occasion d'observer un détenu qui avait utilisé le manche de sa cuiller pour tendre et fixer le lien.

Citons également le suicide du général Pichegru, qui fut trouvé, dans la chambre dans laquelle il était

enfermé, gisant sur son lit, ayant autour du cou une cravate de soie noire dans laquelle était passé un bâton de la longueur d'environ quarante centimètres, et de quatre à cinq centimètres de circonférence, ce bâton faisait tourniquet autour de la cravate, et était arrêté sur la joue gauche sur laquelle il reposait par un de ses bouts (1).

Ce suicide avait tout d'abord été pris pour un homicide.

Les lésions produites par le lien dans l'homicide sont souvent accompagnées de traces de suffocation ou de strangulation à la main.

On verra la réunion de ces deux genres de lésions dans l'observation suivante, que nous résumons, due au Docteur Aigre (2), médecin légiste à Boulogne-sur-Mer :

Un vieillard, célibataire, fut retrouvé mort un matin dans son lit par des voisins. Le médecin appelé, allait donner un certificat constatant la mort naturelle, quand il aperçut sur la partie latérale du cou une petite ligne bleuâtre dont l'origine lui semblait douteuse. L'autopsie fut demandée, quand deux proches parents du défunt déclarèrent qu'ils l'avaient trouvé pendu dans son grenier et à genoux, mais que ne voulant pas qu'on dise dans la ville qu'il s'était suicidé, ils l'avaient déshabillé et mis au lit, laissant aux voisins le soin de constater la mort.

(1) V. BROUARDEL, *La Strangulation*, p. 228.

(2) *Ann. H. P. et M. L.*, p. 496, t. 30, 1893.

Autopsie. — Le cadavre reposait dans le décubitus dorsal et sur un lit en alcôve. Il était revêtu d'une chemise propre et le lit ne présentait aucun désordre. La face du cadavre était légèrement tuméfiée et les yeux fermés. Les lèvres présentaient une coloration bleuâtre, et on constatait aux commissures quelques bulles de crachats spumeux. La langue, fortement serrée entre les arcades dentaires, proéminait de deux centimètres et demi et offrait une coloration d'un bleu noir intense ; elle était très gonflée et portait l'empreinte des dents. La peau de la face ne présentait aucune trace de blessure, de déchirure ou de violence quelconque.

Au cou, on constatait vers la partie moyenne, du côté droit, un petit pli de la peau de six centimètres de long, très peu marqué, et au-dessous duquel s'étalait une surface légèrement déprimée, d'un blanc très mat. Immédiatement au-dessous du pli, la peau présentait une coloration bleuâtre ; cette coloration large d'un centimètre, et de même longueur que le pli, se terminait en pointe à chacune des extrémités. En aucun autre point du cou la peau ne présentait la moindre trace de traumatisme si léger qu'il fût. Cet homme avait d'ailleurs un cou très maigre, et la peau flasque et molle était très mobile sur les saillies musculaires sous-jacentes.

Les membres présentaient la rigidité cadavérique, mais leur aspect n'offrait rien digne d'intérêt ; pas de suffusion sanguine aux membres inférieurs ; pas d'écorchures aux doigts ; les ongles étaient coupés très courts.

Le pénis était de dimension un peu exagérée, et en état de demi flaccidité ; l'orifice préputial, excessivement petit, constituait un phimosis congénital ; par cet orifice suintait du liquide spermatique en assez grande abondance.

La dissection attentive de la région du cou montre que

tous les muscles du côté gauche étaient fortement infiltrés de sang, de même d'ailleurs que le tissu conjonctif lâche servant de gaine au paquet vasculo-nerveux latéral du cou. Les muscles du côté droit présentaient leur aspect normal.

En arrivant sur le larynx, nous pûmes constater facilement que le cartilage cricoïde était fracturé dans son segment antérieur, tout près et à gauche de la ligne médiane, et de telle façon que les deux fragments faisaient un angle rentrant proéminent dans la cavité du larynx.

A l'incision de la trachée, deux grains de balle d'avoine furent trouvés ; ils étaient situés tout près l'un de l'autre et adhérent à la muqueuse de la paroi antérieure de la trachée, immédiatement au-dessous du niveau du cricoïde. Cette muqueuse était d'ailleurs lubrifiée par un liquide légèrement spumeux.

Le poumon gauche fortement adhérent, par suite d'anciennes lésions pleurétiques, n'a pu être enlevé que par morceaux et nous pûmes nous rendre compte que cet organe présentait, dans sa moitié supérieure, les lésions spécifiques de la tuberculose à ses diverses périodes d'évolution. Cette affection devait être d'ailleurs de date ancienne, car nous avons retrouvé des concrétions calcaires dans plusieurs points de l'épaisseur du tissu pulmonaire.

Le poumon droit était le siège d'un emphysème de moyenne intensité, et sous le feuillet pariétal de la plèvre, on constatait l'existence de nombreuses bulles d'air. Quelques taches ecchymotiques s'observaient également dans les environs du bord antérieur ; les canalicules bronchiques étaient remplis d'un liquide spumeux de coloration rosée et légèrement abondant.

Les deux poumons étaient fortement congestionnés à leur base.

Les méninges gauches et surtout la pie-mère de ce côté étaient fortement congestionnées ; à droite, au contraire, elles présentaient leur aspect normal.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces lésions trouvées à l'autopsie au point de vue de leur origine ?

Y a-t-il eu suicide ou homicide ? et dans cette dernière hypothèse quelle a été la nature du crime ?

Tout d'abord, il est permis d'affirmer que D... a succombé à une mort violente, car les lésions tuberculeuses du poumon qui, seules, auraient pu expliquer une mort naturelle, n'étaient pas assez étendues pour avoir eu ce dénouement ; et d'ailleurs l'aspect et la position de la langue, la ligne bleuâtre du cou, la fracture du cricoïde, la congestion intra-cranienne font justice de la probabilité d'une mort naturelle. Enfin aussi, ces mêmes constatations (état de la langue, du cou, de l'encéphale, etc...), nous amènent à aboutir fatalement à l'une des deux hypothèses suivantes :

A. — Suicide par strangulation.

B. — Homicide par strangulation ou par suffocation ou par les deux réunies.

A. — Bien des données semblent, au premier abord, militer en faveur du suicide ; l'aspect général du cadavre, l'état de la langue, la ligne bleuâtre du cou, l'éjaculation du sperme, la présence des mucosités spumeuses dans les voies aériennes. Mais, hâtons-nous d'ajouter qu'*aucun* de ces signes n'est *propre* à la strangulation *suicide*, mais qu'on les rencontre également bien dans la strangulation *homicide* et dans la suffocation.

Par contre, deux des lésions que nous avons trouvées ne s'expliquent pas par le suicide et plaident fortement au contraire en faveur de l'homicide.

Ce sont : 1° la fracture du cricoïde ; 2° la présence des deux grains de balle d'avoine dans la trachée.

1° La fracture du cricoïde suppose une violence assez considérable et qui porte directement sur le cricoïde même. En effet, ce cartilage est très mobile, comme tout le larynx d'ailleurs, et un traumatisme, même violent, déplacerait le cricoïde à droite ou à gauche, mais ne le briserait pas. Dans l'espèce, c'est-à-dire dans l'hypothèse d'un suicide, cette violence n'a pas pu exister. En effet, pour que le nœud de la cravate ou de la corde eût exercé une violence aussi grande, il eût fallu qu'elle fût tellement serrée autour du cou qu'il en serait résulté fatalement des marques évidentes de constriction, ce qui n'est pas le cas.

2° La présence des grains de balle d'avoine ne s'explique pas non plus dans l'hypothèse du suicide, avons-nous dit. Il est vrai qu'on a reconnu plus tard que le cadavre avait été trouvé étendu dans un grenier dont le sol était jonché de paille et d'avoine ; mais pour expliquer l'introduction jusque dans la trachée, il faut admettre une très forte inspiration, la bouche ouverte, et le corps étranger étant directement placé sur la bouche. Peut-on admettre qu'il y ait une forte inspiration dans les derniers moments de la strangulation, c'est peu probable ; à preuve l'absence presque complète d'emphysème sous-pleural, lequel emphysème est au contraire très fréquent dans la mort par suffocation. Et enfin, le corps étranger ne pourrait arriver dans la trachée puisque cette voie est obstruée par compression (lien strangulateur), et que, de plus, la bouche est remplie par la langue projetée en haut et en dehors.

B. — Il nous reste à examiner l'hypothèse de la strangulation homicide ou de la suffocation ou des deux réunies.

La strangulation homicide rend très bien compte de toutes les lésions trouvées à l'autopsie, y compris la frac-

ture du cricoïde, qui ne s'explique pas, avons-nous vu, par un seul nœud coulant (suicide), tandis qu'au contraire, une pression exercée par la main (et le lieu de la fracture concorde très bien avec une pression exercée par le pouce de la main droite), rend très bien compte de cette fracture. La pression n'a même pas besoin d'être de longue durée, ainsi que le témoignent nombre de faits de médecine légale, dans lesquels il y a eu souvent homicide presque par surprise. Il faut admettre, d'ailleurs, que dans ces cas, il y a aussi compression simultanée du nerf pneumo-gastrique, qui est assez superficiel en ce point, et paralysie consécutive des muscles bronchiques.

Mais la strangulation ne permet pas d'expliquer la présence des grains de balle d'avoine.

L'enquête a révélé l'existence, dans le lit du nommé D..., d'oreillers remplis de balles d'avoine. Dès lors, on comprend facilement que dans un mouvement brusque de forte inspiration, il ait inspiré quelques grains si la bouche s'est trouvée en contact immédiat avec un de ces oreillers et que l'arrivée de l'air fut interceptée. La strangulation a pu se faire à travers l'oreiller, ce qui expliquerait l'absence complète de la moindre égratignure sur la peau du cou.

Enfin, pour ce qui a trait à la petite dépression sur la partie latérale droite du cou et la tache bleuâtre qui l'accompagne, elles s'expliqueraient facilement toutes les deux en supposant que, pour faire croire à un suicide, on ait procédé, après la mort, à la mise en scène de la strangulation.

Donc, finalement, nous avons cru pouvoir conclure de nos constatations que :

1° La mort de D... n'est pas de cause naturelle.

2° D... était à jeun depuis au moins cinq à six heures au moment de sa mort.

3° Les lésions trouvées à l'autopsie ne peuvent pas s'expliquer par un suicide par strangulation.

4° La strangulation homicide et la suffocation probable concomitante au moyen d'un oreiller rempli de balles d'avoine, expliqueraient très bien toutes les lésions, et c'est à ce genre de mort que D... a dû succomber.

L'auteur de cette observation insiste suffisamment sur les lésions profondes qu'il a trouvées au cours de son autopsie, aussi bien au niveau du cou que des autres organes, qu'il nous semble superflu de les reprendre à nouveau. Ajoutons cependant que des lésions telles que des fractures du larynx, de la trachée, des luxations et des fractures du rachis se rencontreront d'habitude dans l'homicide.

On a vu également des individus se tirer un coup de feu, absorber du poison avant de s'étrangler.

Dans ce cas, le médecin légiste devra chercher si les blessures accompagnant la strangulation ont pu être faites par l'individu ou si elles ne sont pas l'œuvre d'une main étrangère. Leur importance, leur siège, la situation de l'arme par rapport au cadavre, l'attitude de ce dernier, tels sont les indices qui mettront le médecin expert sur la voie de la vérité.

Il nous faut citer ici un suicide doublé par strangulation, précédé d'une tentative de suicide par coup de couteau (1) :

(1) Dr SCHOENFELD, Suicide ou assassinat ? Ann. H. P. et M. L., t. I^{er} p. 253.

Le cadavre du sieur V... se trouve couché sur le ventre, dans une chambre du premier étage, à proximité de la porte d'entrée, on nous dit que cette porte avait été trouvée fermée par un verrou, à l'intérieur, et qu'on avait dû y pénétrer de l'extérieur par escalade, à travers une fenêtre ouverte du côté du jardin, en s'aidant des persiennes du rez-de-chaussée.

Des essais pour descendre par la même voie de la chambre dans le jardin réussirent parfaitement.

Le sieur V... était un vieillard débile, et avait récemment déposé une plainte pour sévices et violences répétées à charge de sa femme et de son beau-frère.

Dans la chambre il n'y avait aucune trace de vol La fenêtre est restée ouverte. Le lit est défait, même bouleversé; sur le drap il y a deux taches sanglantes semblables à des impressions digitales. De nombreuses gouttelettes de sang rutilant se voient à l'angle du drap qui pend au pied du lit. Sur le bois de lit se trouvent des taches de sang.

Une traînée de sang a coulé depuis le rebord supérieur du lit jusqu'au plancher. Dans cette traînée nous voyons directement des ondulations produites par le frôlement d'une chevelure.

Sur la petite table se trouve un couteau long et effilé semblable à un bistouri, un bassin et une aiguère. Le couteau est ouvert; les deux côtés de la lame sont sanguinolents; le manche n'est teint de sang que d'un seul côté. Le bassin contient de l'eau sanguinolente; l'anse de l'aiguère porte l'empreinte d'une main ensanglantée. Le bouton en cuivre du tiroir montre une tache de sang clair; le tiroir contient un linge souillé de sang. Sur la chaise se trouvent un gilet, marqué d'une goutte de sang, et une cravate bleue, également maculée. Le siège du fauteuil, sur le dossier duquel se trouvent un gilet de flanelle et des

chaussettes, est imbibé d'une mare de sang caillé, au milieu de laquelle nous voyons deux couteaux ouverts, l'un de la forme d'une serpette, à pointe ébréchée ; l'autre, un couteau de poche ordinaire, peu pointu mais assez tranchant. Les bras du fauteuil sont maculés de sang ; deux cheveux gris et courts, semblables à ceux du décédé, y sont collés. Sur la chaise percée se trouve une casquette portant à la visière l'empreinte d'une main sanglante.

De nombreuses marques de sang sillonnent le plancher, entre la petite table et le fauteuil, et au pied droit du lit une trace étroite conduit du fauteuil au cadavre.

Celui-ci a la tête engagée sous le lit jusqu'au niveau des épaules (trente et un centimètres) ; il est couché sur le ventre, la main droite au niveau de la région épigastrique, la gauche au niveau de l'aine correspondante. La figure, le cou et les mains sont ensanglantés, excepté les ongles et le côté externe et inférieur de la main gauche qui paraît avoir été essuyée.

La partie latérale gauche du cou est divisée par une plaie béante, plus profonde et déchiquetée à la région médiane. Une ficelle de moyenne grosseur entoure quatre fois le cou, passe dans la plaie, et ses extrémités libres rejoignent les mains, en faisant un tour sur la main droite et deux autour du poignet gauche.

Aucune trace de contusion ne se voit sur le corps. Raidement cadavérique. Le tronc a conservé assez de chaleur, imputable peut-être à la température de l'appartement et à la quantité de vêtements dont il était couvert. Le cadavre est complètement habillé ; *ses vêtements, boutonnés, ne portent aucune trace de lutte* ; seulement, toute la partie antérieure est imbibée de sang. On en trouve sur les semelles, principalement au soulier droit. Il n'y a pas de taches spermatiques.

Autopsie. — En dehors des sillons laissés par le lien, nous ne voyons aucune trace de contusion.

La face sans expression particulière, est peu colorée ; les yeux ne sont pas injectés.

Une plaie de sept à huit centimètres se dirige du côté gauche du cou en bas et en dedans, presque sur le point saillant du cartilage thyroïde. Déchiquetée en dedans, elle est nettement coupée sur le reste de son parcours. En dessous de cette plaie se trouvent cinq autres incisions plus courtes, transversales et presque parallèles, dont une est pénétrante. Elles sont irrégulièrement déchiquetées aux deux extrémités. La plaie supérieure a séparé l'os hyoïde du cartilage thyroïde, entamé le pharynx et pénétré jusqu'aux muscles qui tapissent la colonne vertébrale. La petite plaie pénétrante a disjoint les cartilages thyroïde et cricoïde, c'est-à-dire que ces deux solutions de continuité ont entamé le pharynx dans ses deux points vulnérables.

Le long de l'os hyoïde, la peau et les muscles superficiels sont profondément décollés ; le doigt touche aisément les muscles antévertébraux. L'épiglotte est coupée à son milieu.

Les empreintes de la corde, au nombre de quatre, passent au niveau et en dessous de la plaie principale et se réunissent à la nuque en une seule trace, plus large et plus foncée. Malgré une dissection minutieuse, nous n'avons pas constaté d'extravasation sanguine sous-jacente.

Les gros vaisseaux du cou sont intacts et vides de sang ; ne sont divisés que la veine jugulaire externe et les vaisseaux thyroïdiens supérieurs. Le tissu cellulaire est infiltré de sang jusqu'au sternum. Les nerfs pneumogastriques et grand sympathique ne sont pas atteints. Nous constatons la présence d'une notable partie de sang noir spumeux dans les bronches.

Poumons gorgés de sang. Cavités droites du cœur remplies de sang noir et liquide.

Le cerveau n'est pas congestionné.

A la face dorsale du poignet gauche se voient deux empreintes de ligature transversales, l'une au niveau de la naissance du pouce, l'autre sous l'articulation métacarpocarpienne. La main droite ne présente qu'une faible empreinte au niveau des têtes des deux premiers métacarpiens.

DISCUSSION ET CONCLUSIONS. — *A quel genre de mort cet homme a-t-il succombé ?*

Nous croyons que c'est à l'asphyxie par paralysie de la glotte et par obstruction des bronches par le sang liquide, dont l'entrée dans l'arbre aérien n'a pu être empêchée par l'épiglotte mutilée.

Nous n'admettons ni l'asphyxie par strangulation ni la mort par hémorragie. Aucun viscère, ni surtout le cerveau, n'était exsangue ; et à l'encontre de la première hypothèse, viennent la vacuité des veines du cou, le défaut d'injection de la face et l'ossification du larynx qui s'opposaient à une constriction mortelle par la cordelette

2° *Y a-t-il eu suicide ou assassinat ?*

Nous croyons que V... s'est suicidé. D'abord, rien ne dénonce une lutte. Ses vêtements étaient parfaitement ajustés ; le corps et les membres exempts de meurtrissures. Puis, le nombre et le peu de profondeur des plaies inférieures que nous croyons être les premières, semblent indiquer les essais de V... de diviser le larynx, difficile à inciser à cause de la dureté des cartilages qui étaient ossifiés. Il a réussi à la fin aux seuls endroits où l'on pouvait pénétrer. De pareilles tentatives de la part d'un assassin auraient certainement provoqué une lutte désespérée.

Selon toutes probabilités, la grande plaie du cou a été

faite de haut en bas et de dehors en dedans (gauche à droite) ; l'énorme décollement sous-cutané est probablement dû à l'emploi consecutif de la serpette, ce qui expliquerait les inégalités de l'extrémité interne de la plaie. Cette direction du coup est la plus naturelle chez un individu qui veut se couper la gorge de la main droite.

Nous tirons un nouvel argument en faveur du suicide, de la direction de la ficelle, enroulée d'abord autour du cou, passant ensuite naturellement autour du poignet gauche, et s'enroulant à la fin autour de la main droite, pour bien assurer l'effet de la traction. Un assassin aurait-il songé à ajuster la corde de cette façon ?

Il est vrai que nous n'avons trouvé aucune ecchymose en dessous des empreintes que la ficelle a laissées au cou et aux mains. Mais il est constant aujourd'hui que dans bon nombre de cas de suspension parfaitement authentiques, on n'a pas trouvé d'extravasation sanguine, et que les anciens auteurs avaient attaché une importance exagérée aux ecchymoses ou pseudo-ecchymoses du cou, comme preuve évidente que la strangulation ou la suspension avait été opérée pendant la vie. Dans notre cas, le fait d'une hémorragie antérieure peut n'avoir pas été étranger à la non-production des épanchements sanguins dans le tissu cellulaire du cou.

4° Comment concilier l'existence des plaies avec la présence de la ficelle autour du cou ?

Nous nous expliquons ce drame sanglant de la manière suivante : V... s'est donné le premier coup devant la petite table, à l'aide du couteau-bistouri. Les premières incisions fournissant peu de sang et ne paraissant pas atteindre le but il replace l'instrument sur la table (voilà pourquoi il y a un peu de sang sur le manche du couteau et sur cette table), prend les autres couteaux, probablement dans la

petite caisse près de la fenêtre, se laboure la gorge devant le fauteuil, sur le bras duquel il appuie ensuite les deux mains, et enlève sa casquette et peut-être quelques cheveux d'une main ensanglantée, puis, ne se sentant pas mourir, parce que l'hémorragie diminue ou s'arrête, il se redresse et se dirige de nouveau vers la petite table. Dans cette attitude, l'écoulement du sang se fait dans ses vêtements, le long du corps. Bien décidé à en finir, V.... se lave les mains, ouvre le tiroir (de là, tache claire au bouton), s'essuie légèrement au linge qui s'y trouve, y prend la corde et se l'ajuste, puis vient s'appuyer le front et le cou sur le rebord du lit, pour trouver une résistance à ses propres efforts de traction, opère avec les deux mains. L'effet de la constriction circulaire est de faire recommencer l'hémorragie (d'où le jet sanglant sur le bois de lit) : le sang s'introduit dans les bronches ; pendant que V... s'affaisse, ses cheveux balaient le liquide qui a coulé le long du panneau ; et par les dernières convulsions de l'agonie, la tête s'engage sous le lit, pendant que les pieds prennent un point d'appui sur l'armoire opposée.

Cette observation nous montre avec quel souci il faut décrire l'état des lieux, la situation des différents instruments, l'état des vêtements, faire la levée de corps ; toutes ces choses sont certainement plus importantes que l'autopsie elle-même. A notre époque, dans un cas semblable, le médecin légiste, aidé par l'étude des différentes empreintes découvertes sur les meubles et objets, aurait pu se faire une conviction plus ferme en faveur du suicide en identifiant ces empreintes avec celles de la victime.

Nous ne parlerons pas de la strangulation simulée

sur un cadavre, employée pour dissimuler un meurtre, car un individu étant inanimé par un moyen quelconque, il n'est pas probable que le meurtrier essaie de produire les lésions de la strangulation sur le cadavre, puisque celles-ci indiquent le plus souvent l'homicide.

Nous pourrions au contraire nous trouver en présence d'individus simulant un attentat par strangulation, et qui, après une mise en scène fort réussie, pourraient, jusqu'à un certain point, induire le médecin légiste en erreur. Citons à ce propos l'affaire Armand et Roux, rapportée par Brouardel (1), dans laquelle un domestique à l'imagination féconde et qui possédait quelques notions sur les accidents consécutifs à la strangulation, a pu faire considérer comme coupable son maître, M. Armand, de Montpellier, en simulant une tentative de strangulation. Ce n'est que grâce à l'intervention de Tardieu que la vérité fut reconnue. Tardieu démontra que Roux avait fort bien pu se lier les mains derrière le dos ; que le lien appliqué autour du cou faisait un nombre de tours trop considérable pour que l'on pût admettre l'homicide, car un assassin se contente toujours d'une constriction directe, violente et assez énergique, pour amener la mort et il insista sur ce point que Roux ayant probablement appris que dans la strangulation on rencontrait fréquemment de l'aphonie, et ne sachant pas au juste en quoi consistait ce symptôme, avait exagéré

(1) BROUARDEL, *La Strangulation*, p. 224.

et présenté un mutisme absolu qui ne pouvait être que le fait d'un simulateur.

La strangulation simulée se rencontre quelquefois chez les hystériques, dans ce cas l'examen mental du sujet nous mettra sur la voie de la vérité.

Le professeur Brouardel (1) eut à examiner une femme, âgée de trente-sept ans, qui prétendait avoir été assaillie par deux hommes au moins, dont un lui aurait couvert la tête d'une pièce d'étoffe et l'autre lui aurait saisi les mains par derrière, et elle aurait lutté longuement avec ses agresseurs, qui auraient tenté de la stranguler à la main. Le mari la trouva étendue dans sa cuisine et ne constata sur elle aucune trace de violences. Le professeur Brouardel fit la même observation dix jours après, temps au bout duquel des ecchymoses auraient encore été visibles. La femme R... était hystérique et avait simulé une agression.

La question de simulation de strangulation pouvait également être envisagée dans l'affaire suivante, au sujet de laquelle M. le professeur Parisot fut consulté :

Le 20 mars 1909, vers huit heures du soir, la jeune N..., âgée de quinze ans, rentrait chez ses parents, les vêtements couverts de boue, ayant perdu son réticule et ne pouvant plus parler. Une demi-heure après, elle fit le récit de son aventure, mais, dit la mère, d'une voix *enrouée, compréhensible, mais pas bien dis-*

(1) BROUARDEL, La Strangulation, p. 273.

tincte. Les faits se seraient passés de la manière suivante :

Le sieur X... ayant fait des propositions à la jeune N..., qu'il courtisait depuis huit jours, celle-ci les refusa et s'enfuit. X... la rejoignit et se précipita sur elle, lui mettant la main sur la bouche il l'entraîna au bas du talus de la route.

Là, comme elle se débattait, il lui serra la gorge au point qu'elle perdit connaissance. Quand elle revint à elle, X... se trouvait couché sur elle et la violait. Ayant crié elle fut de nouveau serrée à la gorge par son agresseur et perdit une seconde fois connaissance.

Lorsqu'elle rentra chez ses parents, dans l'état décrit plus haut, la sage-femme fut appelée et constata que la jeune N... avait le visage tuméfié, les yeux injectés de sang et les parties sexuelles portant des traces évidentes de l'attentat dont elle se plaignait.

Le nommé X..., arrêté le lendemain, dénia toute culpabilité et prétendit n'être pas revenu auprès de la jeune N... après l'avoir quittée une première fois.

Il n'y avait pas de témoins, l'accusé niait tout. Ne se trouvait-on pas en présence d'une jeune fille qui, après avoir eu des relations avec X... ou un autre, avait préparé une mise en scène destinée à faire passer pour criminel un acte auquel elle aurait consenti ?

Avant de passer à la discussion, examinons les rapports de notre Maître :

Je soussigné, Docteur P. Parisot, professeur de médecine légale à l'Université de Nancy, commis par ordon-

nance de M. le Juge d'Instruction, en date du 23 mars 1909, à l'effet de constater si la nommée L..., âgée de 15 ans 1/2, ouvrière à B..., a été victime d'un viol dans la soirée du 20 courant : 1° rechercher si la jeune L... est déflorée ; dans le cas de l'affirmative, si la défloration est récente ou ancienne ; 2° de rechercher si la sus-nommée porte sur d'autres parties du corps des traces de violences ; 3° M. le Médecin légiste voudra bien faire toutes autres constatations paraissant utiles, serment préalablement prêté, ai procédé les 24 et 29 mars à l'examen de la jeune L... et ai rédigé le rapport suivant :

Commémoratif. — La jeune L..., le samedi 20 mars, à 3 heures du soir, aurait été victime d'un attentat ; son agresseur lui aurait mis une main sur la bouche et l'autre au cou ; il lui aurait serré le cou tellement fort qu'elle aurait perdu connaissance et ne se serait réveillée, dit-elle, qu'après que son agresseur eût eu une relation sexuelle avec elle. Elle se serait ensuite évanouie de nouveau après avoir été serrée une seconde fois au cou.

La jeune L... portait un corsage avec un col droit de trois centimètres environ. Après cet attentat suivant le récit de la victime et de sa mère, la voix était « enrouée, compréhensible, mais pas bien distincte ». La jeune L... n'a pas craché de sang mais elle a un peu toussé ; elle a accusé des douleurs dans le bas-ventre, mais n'a pas éprouvé de sensations douloureuses en urinant ou en marchant ; elle aurait perdu du sang qui aurait maculé la chemise, elle n'était pas à une époque menstruelle, ses dernières règles dataient du 26 février. La jeune L... prétend que pendant l'attentat elle aurait uriné ? au moment où elle aurait repris connaissance et se serait débattue. Elle n'était pas sujette au dire de sa mère à des crises nerveuses, elle n'avait pas de troubles de sensibilité, de spasmes

ou de sensations d'étouffement, enfin elle n'a pas eu de convulsions dans son enfance.

Examen du 24 mars 1909. — Sur le côté gauche du cou il existe sur une hauteur de trois centimètres environ une teinte jaunâtre ecchymotique; à ce niveau je trouve quatre traces d'égratignures recouvertes de croûtelles; sur le côté droit du cou il n'existe aucune lésion.

Sur l'aile gauche du nez je note deux excoriations légères recouvertes de sang desséché et une éraflure sur la lèvre supérieure à gauche. La langue présente sur son bord gauche, au niveau d'une dent cariée, une morsure peu profonde.

Au visage je ne trouve pas sous la peau de piqueté ecchymotique. Mais je rencontre sous les conjonctives palpébrale et oculaire, à droite et à gauche, de petites hémorragies assez étendues pour être comparées à la surface d'un pois ou même d'une fève.

La jeune L... se plaint de douleur en parlant haut et en avalant; la pression du larynx entre les doigts est également douloureuse.

Tels sont les signes de violence relevés sur le visage et sur le cou et dont l'ensemble est l'indice d'une tentative de strangulation à la main. L'absence de lésions apparentes, à droite du cou, peut s'expliquer par l'interposition du col du corsage entre la main et la peau; les égratignures constatées à gauche siègent sensiblement au-dessous et au niveau du col.

Examen des organes génitaux. — L'hymen reconstitué affecte une forme labiée avec bords irréguliers et à encoches anciennes congénitales ou traumatiques. Actuellement il présente deux déchirures très nettes, l'une dirigée à gauche, longue d'environ un centimètre, légèrement sanguinolente, l'autre de même aspect, moins longue, diri-

gée à droite, ces deux déchirures déterminent ainsi un lambeau triangulaire de l'hymen; l'hymen est épais; la fourchette est un peu éraillée; à la partie interne de la petite lèvre droite je note une petite ecchymose.

L'introduction de deux doigts dans le vagin est possible; elle est douloureuse, et fait saigner un peu les déchirures sus-indiquées. Il existe un écoulement muqueux, non purulent, les ganglions inguinaux ne sont pas engorgés. Dans la région génitale (partie inférieure du ventre ou supérieure des cuisses, région périnéale). Au niveau de la poitrine et des coudes je n'aperçois aucune trace de violences.

Les déchirures de l'hymen, par leur aspect, sont récentes et il est admissible que la défloration remonte à trois ou quatre jours.

Examen du 29 mars 1909. — La teinte jaune ecchymotique du côté gauche du cou a disparu, les croutelles mentionnées à ce niveau sont tombées en laissant voir de petites cicatrices superficielles blanc rosé au nombre de quatre :

1° Eraflure oblique de haut en bas et de dehors en dedans.

2° Plus bas une éraflure presque horizontale mesurant quinze millimètres environ.

3° Une cicatrice verticale située sur un plan plus inférieur, mesurant cinq millimètres environ et affectant une forme quelque peu triangulaire, à sommet dirigé en avant; en tendant la peau du cou, cette cicatrice a l'aspect d'un coup d'ongle à connexité postérieure.

4° Une cicatrice, ovulaire de même dimension, située à trois centimètres en avant de la cicatrice n° 3 et sur un plan légèrement inférieur.

5° Au niveau de l'insertion du muscle sterno-cléido-

mastoïdien existe une petite cicatrice arrondie sans caractère spécial.

Au niveau du nez, il n'existe plus de trace de violence ; l'écorchure de la lèvre supérieure est encore visible ; la cicatrisation de la langue est complète.

Examen des organes génitaux. — Les déchirures sus-indiquées de l'hymen sont toujours très nettes, mais elles sont cicatrisées, présentant simplement un peu de rougeur.

Quant à la douleur de gorge, soit en avalant, soit en parlant, la jeune L... prétend qu'elle a disparu.

Les ecchymoses sous-conjonctivales ont diminué, mais elles sont encore très nettes.

Conclusions. — 1° La jeune L... est déflorée, cette défloration est récente.

2° La sus-nommée présente au visage et au cou des traces de violence.

3° Les lésions constatées sur le côté gauche du cou, les hémorragies sous-conjonctivales, la douleur en parlant et en avalant constituent les signes d'une tentative de strangulation à la main.

4° Les traces de strangulation sont récentes, mais il est impossible d'affirmer, d'après le seul aspect des lésions, qu'elles sont exactement contemporaines de la défloration.

5° Dans la région génitale, en dehors des signes de la défloration, il n'existe pas de traces de violence ; cette particularité tendrait à prouver, conformément au dire de L... qu'elle aurait perdu connaissance sous l'influence de la terreur et de la strangulation ; c'est là du moins une explication vraisemblable.

Il s'agissait donc bien d'un viol, précédé de tentatives de strangulation. Les énormes ecchymoses sous-

conjonctivales et bilatérales constatées ne pouvaient être que le résultat d'une constriction violente et prolongée, que la jeune N... n'avait pas pu produire elle-même, car la syncope serait survenue avant qu'elle ait pu exercer une constriction suffisante pour les produire. On observe quelquefois, il est vrai, des ecchymoses au niveau des conjonctives et de la face chez les hystériques et les épileptiques après leurs crises, mais elles sont toujours très petites, et la jeune N... n'était atteinte d'aucune de ces affections. Ce n'étaient pas des ecchymoses traumatiques, leur symétrie l'indiquait.

Nous pouvons donc émettre cette proposition : *les ecchymoses sous-conjonctivales constituent un signe probant de strangulation homicide à la main.*

Quant aux petites éraflures constatées au niveau du cou, nous n'en tenons pas compte, car elles peuvent aussi bien se rencontrer dans la strangulation simulée que dans la strangulation homicide.

Enfin le signe qui nous permettait en outre d'admettre complètement l'attentat criminel dont fut victime la fille N..., c'est qu'elle a présenté de l'aphonie, symptôme habituel de la strangulation. Cette aphonie, comme nous l'ont montré les deux examens de la jeune N..., a disparu progressivement. Elle n'était donc pas simulée et n'avait rien de commun avec l'aphonie présentée habituellement par les simulateurs. (Affaire Armand et Roux, page 111.)

Résumé des principaux éléments de diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide par strangulation

Suicide.

Levée de lieux

Pas de traces de lutte.
Pas d'empreintes autres que celles du sujet.

Levée de corps et autopsie :

Le corps est dans le décubitus dorsal.
Vêtements en ordre.
Aucune trace de violence ou présence de lésions légères que le suicidé a pu se faire lui-même.
Pas d'ecchymoses sous-conjonctivales.
Lien faisant plusieurs fois le tour du cou, parfois pas de nœud, le lien reste en place.
Le garrot est un bon signe de suicide.
La strangulation suicide à la main est impossible.
Sillon habituellement horizontal circulaire et souvent peu marqué.

Lésions profondes moins accentuées que dans l'homicide.
On peut observer des tentatives antérieures de suicide,
Lésions internes à tendance au suicide.

Homicide.

Levée de lieux :

Traces de lutte.
Empreintes de pas, de mains différentes de celles de la victime.

Levée de corps et autopsie :

Le corps est dans une position quelconque.
Vêtements déchirés.
Traces de violences multiples : coups, coups d'ongles, éraflures au cou et à la face.
Ecchymoses sous-conjonctivales bilatérales.
Lien faisant une seule fois le tour du cou, nœud très serré.

Le lien a été enlevé.

La strangulation homicide à la main est la plus fréquente.
Sillon très net, à direction est plus ou moins oblique suivant le sens dans lequel on a tiré. Ecchymoses et éraflures sous-jacentes au sillon ?
Lésions profondes plus importantes que dans le suicide.
La strangulation peut être combinée à d'autres manœuvres homicides.

TROISIÈME PARTIE

Diagnostic du suicide et de l'homicide par armes à feu (revolver).

Historique

En 1831, Arnal publie un mémoire sur quelques particularités des plaies par armes à feu. Ollivier (d'Angers), Devergie, Dupuytren, Tardieu, Tourdes, firent quelques expériences intéressantes. Avec le perfectionnement des armes éclosent une série de travaux relatifs au diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide. Lachèse, Poix, Desfossés, Legludic, Gérard, le professeur Corin étudient les blessures par revolver et, en particulier, les caractères des coups de feu tirés de près ou à distance, nous donnant ainsi d'importants éléments de diagnostic.

Le revolver est une arme fréquemment utilisée pour l'homicide et le suicide. En effet, le suicide par

coups de revolver est le plus répandu après le suicide par pendaison et par submersion.

Levée de lieux

Dans ce genre de mort, la levée de lieux et la levée de corps sont susceptibles de nous fournir les plus précieuses indications : N'y a-t-il aucune trace de lutte, la porte est-elle fermée en dedans, sans qu'il y ait d'issue ayant pu favoriser la fuite d'un agresseur ? L'arme est-elle placée en un endroit de la pièce où la victime a pu la déposer ? Nous pourrions affirmer le suicide. Si le revolver se trouve solidement maintenu dans la main de la victime, l'hypothèse suicide sera absolument confirmée. De nombreuses expériences ont démontré qu'il était impossible de produire la même constriction en plaçant l'arme dans la main de la victime aussitôt après la mort, prendrait-on même le soin d'appliquer une bande pendant quelque temps autour de la main.

Faisons cependant observer qu'une arme pourra être solidement maintenue dans la main d'un cadavre lorsqu'elle aura servi à la défense, ce que nous pourrions déterminer d'après le siège de la blessure, d'après ses caractères, et à l'aide de l'indentification de la balle, reçue par la victime, avec celles qui seront contenues dans le revolver tenu par elle.

D'autre part, il suffira parfois que l'assassin, dans sa précipitation ou par erreur, place un peu trop loin

de sa victime l'arme dont il s'est servi, pour nous faire deviner son intervention. Un cas de ce genre fut observé par le professeur Corin (1) :

Un jeune étudiant fut trouvé mort dans son lit, la tempe gauche trouée d'un coup de revolver. Le coup de feu avait été entendu par une vieille femme qui se trouvait dans la chambre voisine. La maîtresse de l'étudiant se trouvait debout, à côté du lit de ce dernier.

Le jeune homme était étendu sur le flanc droit, la tête reposant sur l'oreiller, un peu inclinée sur le buste, les deux mains ramenées entre les cuisses, celles-ci légèrement fléchies sur le ventre. Le corps était, jusqu'à la hauteur du cou, recouvert par les couvertures. La tête n'avait certainement pas bougé depuis le moment où le coup de revolver avait été tiré, car il n'existait, sur l'oreiller, que deux traînées de sang, l'une partant des narines, l'autre de la plaie que la balle avait créée dans la région temporale droite, par laquelle elle avait fait issue. Enfin, circonstance qui démontrait mieux encore que la tête n'avait pas bougé, la balle se trouvait sous la tête, exactement à l'endroit où elle était sortie du crâne.

Au moment où nous vîmes le cadavre, nous n'avions aucune espèce de renseignement sur les habitudes du défunt et nous pouvions nier *a priori* qu'il eût pu, étant gaucher, se tirer un coup dans la tempe gauche, d'autant plus que le coup avait été tiré à bout portant.

Cependant une particularité nous sembla louche : le revolver qui avait servi à tirer le coup mortel était déposé sur la table de nuit, à un mètre de distance de la tête et il semblait peu probable, étant donné que celle-ci n'avait

(1) Arch. int. de méd. légale, vol. I., fasc. I.

pas bougé, que la victime eût pu déposer, de la main gauche, le revolver sur la table de nuit, puis se recouvrir l'épaule des draps et de la couverture.

L'autopsie démontra clairement que le mouvement assez compliqué que cet acte exigeait n'avait pu être exécuté. En effet, la balle rasant le cerveau par sa face inférieure, avait sectionné à peu près complètement la moitié droite de la protubérance annulaire, sectionnant ainsi le faisceau pyramidal droit longtemps avant sa décussation, rendant donc matériellement impossible l'usage des muscles gauches du corps et des membres.

Il s'agissait donc d'un meurtre qui fut démontré par les résultats de l'examen des lieux et ceux de l'autopsie.

Le revolver trouvé à côté du cadavre ne sera pas manipulé, car, comme nous allons le montrer, il peut, par les empreintes qu'il est susceptible de porter, permettre, dans une certaine mesure, le diagnostic différentiel de l'homicide et du suicide.

A l'occasion de l'autopsie d'une jeune femme qui s'était fort vraisemblablement suicidée, autopsie ordonnée par la justice sur une plainte de la famille, qui ne pouvait admettre le suicide, notre Maître eut l'idée de nous faire examiner le revolver au point de vue des empreintes pensant trouver dans ces empreintes un élément de diagnostic, les autres éléments faisant défaut, comme on va le voir par l'exposé de cette affaire :

La femme S..., en instance de divorce, était rentrée chez son mari depuis quelques jours pour tenter une dernière réconciliation. Après le repas de midi elle

quitte la salle à manger. Quelques instants après une détonation retentit et dans la chambre à coucher voisine, étendue sur le parquet devant la toilette, le mari trouve sa femme donnant encore quelques signes de vie. Le revolver était placé sur le marbre de la toilette.

Un médecin, appelé, fait transporter la femme S... dans son lit, panse la plaie après avoir lavé soigneusement le pourtour. Quelques heures après, sans avoir repris connaissance, la femme meurt. Le suicide était fort vraisemblable et fut admis. L'inhumation allait avoir lieu, quand sur la demande de la famille l'autopsie fut pratiquée le 3 janvier 1912 par M. le Professeur Parisot que nous avons assisté.

Les détails de l'autopsie furent les suivants :

Levée de corps. — Le cadavre est celui d'une femme paraissant âgée de trente ans environ ; il présente au niveau de l'épicondyle droit une ecchymose, ainsi qu'au niveau de l'extrémité du cubitus droit et de l'épitrochlée gauche. Ces ecchymoses sont incisées et l'on voit par le sang coagulé sous-jacent qu'elles ont été produites pendant la vie, et leur siège au niveau des parties saillantes indique qu'elles ont été produites par la chute du corps.

Au niveau de la tempe droite, à trois centimètres de l'oreille, se trouve un orifice de cinq millimètres de diamètre entouré d'un léger tatouage formé par quelques grains de poudre sur une peau un peu noirâtre, le tatouage mesure quarante-cinq millimètres environ de diamètre (à noter que la plaie avait été lavée par le médecin qui a donné les premiers soins).

Les cheveux ont été coupés, on ne peut par conséquent pas voir s'ils ont été brûlés.

Il existe trois brûlures entre l'orifice et le cuir chevelu, ces brûlures sont superficielles.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne s'écoule une grande quantité de sang épanché du côté droit. Les méninges sont congestionnées dans leur ensemble. Les circonvolutions temporales sont éraflées sur une longueur de quelques centimètres. Des coupes du cerveau ne permettent pas de retrouver le trajet ni la balle à son intérieur.

La dure-mère est enlevée, on remarque alors une fracture du rocher dont la moitié interne est détachée et porte une encoche produite par la balle.

La direction du coup de feu peut être établie avec ce nouveau point de repère d'une façon précise et de la manière suivante : elle va de droite à gauche, légèrement d'avant en arrière, et presque horizontalement, ou mieux très légèrement de haut en bas.

On retrouve dans l'hypophyse un fragment de l'enveloppe en cuivre de la balle, détaché probablement au moment où celle-ci a frappé le rocher.

La balle déformée fut retrouvée dans la concavité de l'occipital, où elle était tombée probablement au moment où l'on avait détaché le cerveau. Jusqu'à ce moment elle était sans doute restée au point du rocher où elle s'était déformée.

L'orifice produit dans l'os temporal est ovalaire ; il mesure onze millimètres sur six millimètres.

Les autres organes sont normaux.

L'utérus gravide contient un fœtus de trois mois environ.

Il n'y a aucune trace de strangulation, ni aucune trace de violences sur le corps.

Conclusions. — 1° La mort de la femme V... est due à un coup de feu tiré dans la région temporale droite.

2° Le trajet de la balle est dirigé de droite à gauche et légèrement d'avant en arrière ; il est sensiblement horizontal.

3° D'après les caractères de l'orifice d'entrée, des brûlures de la peau et du tatouage, envisagé dans son ensemble, le coup de feu a été tiré à très courte distance, par un revolver de petit calibre. Il s'agit d'un coup tiré à brûle-pourpoint, c'est-à-dire théoriquement de 0 m. 001 à 0 m. 30 et non à bout touchant. Pour avoir une approximation plus grande, des expériences avec le revolver et les cartouches saisis seraient nécessaires.

4° Il n'existe pas sur le reste du corps de traces de lutte.

5° Le siège, les caractères de la plaie extérieure, la direction du trajet de la balle, l'absence sur le reste du corps de traces de lutte rendent admissible l'idée d'un suicide sans qu'on puisse cependant l'affirmer d'une manière absolue.

6° L'examen des empreintes papillaires laissées sur le revolver pouvaient fournir d'utiles indications.

Nancy, le 5 janvier 1912.

Comme suite à ces conclusions le revolver fut communiqué à M. le professeur Parisot qui nous le confia pour rechercher les empreintes et les identifier si possible avec celles de la femme V..., que nous avons prélevées, comme nous le faisons dans chaque expertise.

Disons d'abord que le revolver n'a pas été conservé en vue d'une expertise d'empreintes, nous savions qu'avant d'être entre nos mains il avait été examiné par le docteur qui vint donner les premiers soins à la femme X..., par le mari et ensuite par le juge d'instruction, Transportée sans précautions spéciales au

commissariat de police, cette arme resta quinze jours dans un tiroir à la portée de tous, ensuite elle fut expédiée au parquet dans un emballage plutôt sommaire ; là, les balles en furent extraites, et enfin nous eûmes cette pièce entre les mains. C'était un revolver velo-dog à manche quadrillé ; il portait de nombreuses traces de doigts, en partie déjà rouillées, dans lesquelles nous n'avons pu distinguer suffisamment de lignes papillaires pour pouvoir les identifier avec celles de la victime.

L'étude des empreintes papillaires ne nous ayant pas donné le résultat que nous pouvions prévoir, nous fîmes des tirs pour évaluer avec plus de précision la distance à laquelle le coup de feu avait été tiré.

Après une série d'expériences, avec l'arme et des cartouches identiques à celles qu'elle contenait, exécutées sur peau humaine et sur blasons de papier, nous comparâmes les tatouages obtenus aux mensurations du tatouage présenté par la femme V... La troisième des conclusions de notre maître fut ainsi précisée :

Le coup de revolver tiré sur la femme V... a été tiré à une distance variant entre 0 m. 002 et 0 m. 02.

Comme les empreintes ne nous avaient pas donné la certitude que la femme V... avait touché l'arme, un certain doute pouvait subsister. L'hypothèse d'un homicide par surprise restait encore en présence de celle du suicide. C'est cependant la seconde qui était rendue la plus vraisemblable par le résultat de nos

tirs, qui avaient prouvé que le coup de feu avait été tiré dans les conditions habituelles du suicide.

C'est dans ce sens que conclut notre maître.

Pensant, malgré cet échec, que l'on pourrait trouver dans les empreintes déposées sur les armes un moyen de diagnostic différentiel entre le suicide et l'homicide, M. le professeur Pierre Parisot nous engagea à faire une série de recherches afin de déterminer sur quel genre de revolvers et dans quels points on a le plus de chances de retrouver des lignes papillaires identifiabiles, et afin de préciser à quelle région de la main correspondent le plus souvent ces lignes, de façon à établir les règles à suivre dans une expertise de ce genre. On conçoit immédiatement l'importance de l'étude des empreintes papillaires dans ce cas.

Trouverons-nous les empreintes appartenant au cadavre et à lui seul ? Nous pouvons affirmer le suicide.

Au contraire l'arme ne portera-t-elle que les empreintes de l'individu soupçonné ? Il y aura homicide.

Il est fort possible que sur un revolver on puisse trouver les empreintes de la victime et de l'assassin, surtout s'il s'agit d'un drame de famille. Dans ce cas, on ne tiendra pas compte de ce moyen d'investigation, il n'a, en effet, rien d'absolu, et comme on l'a déjà vu, pour qu'il ait toute sa valeur il faut dans tous les cas des conditions spéciales, telles qu'un nombre suffisant de particularités, une netteté suffisante, etc.

Sur des revolvers à crosse lisse, en bois noir ou en

substance blanche nacré ou celluloïde, après nous être placés dans les conditions du suicide et de l'homicide, nous avons trouvé invariablement sur la face gauche de la poignée des empreintes que nous avons pu identifier après les avoir révélées : sur les armes à crosse noire avec le carbonate de plomb, et avec l'oxyde de cuivre sur les armes à crosse blanche. Ces empreintes provenaient de la partie de la paume correspondant à la région métacarpophalangienne de l'index droit. La planche II, fig. A, choisie parmi nos plus typiques, représente un revolver portant très visibles les empreintes des lignes papillaires de cette région déposées par nous-même en faisant le simulacre du suicide. Cette arme qui servit à un meurtre a été choisie par nous dans le musée du laboratoire, ce qui prouve que, bien qu'elle ait une crosse particulièrement propice à nos expériences, on peut en trouver de semblables dans la pratique. Dans le cas de tir avec la main gauche, les résultats furent identiques, mais en sens inverse, naturellement, les lignes papillaires de la main gauche étaient déposées sur la face gauche de la crosse. Signalons en passant que dans ce cas ce signe aurait encore plus de valeur si dans le suicide ou l'homicide, l'auteur du coup de feu était reconnu gaucher.

Nous avons obtenu également des résultats très nets avec des crosses de revolvers en bois noir et lisse.

Nous avons d'autre part rencontré des empreintes très nettes sur le barillet. Pour charger le barillet on le fait tourner entre le pouce et l'index gauche, habi-

tuellement, et ce sont les lignes papillaires de ces doigts que l'on retrouvera le plus fréquemment.

Il en est ainsi pour les revolvers de poche modèle courant ; mais s'il s'agit d'un revolver d'ordonnance, présentant des surfaces plus vastes, on pourra découvrir des empreintes non seulement sur le barillet, mais sur le corps de l'arme entre le barillet et la poignée.

Une arme actuellement courante, le pistolet Browning 6 millimètres, bien que de petite taille, est susceptible par sa forme de présenter des empreintes papillaires d'une plus grande valeur diagnostique que les revolvers à barillet. Sur l'enveloppe mobile qui entoure le canon et qui a ses deux faces latérales plates, nous avons retrouvé souvent très nettes, des traces de doigts facilement identifiables (pl. II, fig. B). Mais la pièce qui nous donnera les indications les plus précieuses est sans contredit le chargeur (pl. II, fig. B). Logé dans la poignée, à l'abri de tout frottement, cette pièce conserve absolument intactes les empreintes de celui qui l'a mis en place. Ce sont ordinairement les empreintes du pouce et de l'index, droits ou gauches, entre lesquels on est obligé de saisir le magasin pour l'introduire dans son logement, qui se déposent sur la large surface lisse de son extrémité inférieure (pl. II, fig. B).

Nous avons employé pour révéler ces empreintes, le carbonate de plomb (Bertillon) qui, nous le verrons, au sujet des instruments tranchants, est le meilleur réactif. Pour photographier ces empreintes, c'est un éclairage oblique qui nous a toujours le mieux réussi.



A (GRANDEUR NATURELLE)



B (RÉDUIT DE 1/6)

On veillera donc à ce que les armes découvertes au moment de la levée de lieux soient conservées en suivant les recommandations exposées dans notre première partie, et en outre, on prélèvera soigneusement les empreintes papillaires des doigts et de la paume des sujets, de façon à tirer le meilleur parti possible de ce signe des empreintes sur lequel nous reviendrons dans notre quatrième partie.

Levée de corps et autopsie

Le médecin légiste doit, dans les cas de mort par coup de revolver, faire une levée de corps aussi approfondie que dans les autres genres de mort. Une erreur de diagnostic peut être le résultat d'une levée de corps trop superficielle :

Un manchot de la main droite est trouvé mort, tenant dans sa main gauche un revolver ; du conduit auditif externe droit s'écoule un filet de sang.

Le médecin appelé diagnostique une mort par coup de feu dans l'oreille droite.

Cet individu tenait un revolver dans la main gauche, et comme il n'avait pu avec cette main se tirer un coup de feu dans l'oreille droite, l'arme a donc été placée dans la main de la victime par son meurtrier.

Devant cette mort étrange, le parquet chargea M. le professeur Parisot de pratiquer l'autopsie ; il fit les constatations suivantes :

Le tympan est déchiré à droite, il s'agit peut-être de l'orifice d'entrée.

Le crâne ouvert et le cerveau enlevé, on trouve une fracture de la selle turcique. Il n'y avait aucune lésion grave de l'oreille.

Au niveau du voile du palais, on constate un orifice de balle avec tatouage.

Le coup de feu avait été tiré de très près dans la bouche et facilement avec la main gauche.

Quant à la perforation du tympan, elle était sans doute le résultat de sondages faits au moment de la levée de corps pour rechercher le trajet de la balle que semblait indiquer l'écoulement de sang favorisé peut-être par une perforation ancienne.

Notre maître conclut naturellement à un suicide.

Dans l'homicide par coups de revolver, il sera rare de constater un désordre quelconque, aussi bien sur les lieux de l'attentat que sur les vêtements de la victime. Cependant sur ceux-ci nous trouverons dans l'homicide des perforations produites par les balles, tandis que dans le suicide ils seront intacts. Il est fréquent, en effet, de voir les suicidés écarter leurs vêtements pour être plus sûrs d'atteindre leur but. Nous avons eu l'occasion il y a quelques mois de faire la levée de corps d'un vieillard qui s'était suicidé, dans une promenade publique, en se tirant deux coups de revolver, l'un à la tempe, l'autre dans la région épigastrique. Pour ce dernier il avait eu le soin d'écarter ses vêtements et avait placé le canon très près de la peau. La chemise présentait un dépôt de fumée très net et les orifices étaient entourés d'un tatouage dû à la poudre noire ; le suicide n'était pas douteux.

Le coup de feu dans le suicide est généralement tiré

à très faible distance, et à une distance plus grande dans l'homicide ; il est donc intéressant de rappeler les caractères les plus importants qui permettent de faire la distinction.

Les orifices d'entrée à bords nets sont surtout produits par les coups tirés à une certaine distance, et sont plutôt en rapport avec l'idée d'homicide. Le coup étant tiré parfois à bout touchant dans le suicide, les tissus éclatent sous l'influence des gaz, et l'orifice a ses bords irréguliers, étoilés. Dans le trajet de la balle on retrouve des traces de fumée, des grains de poudre, la bourre même quelquefois.

Quand le projectile a traversé le corps, il existe alors un orifice d'entrée et un orifice de sortie. Sur l'un des deux orifices on pourra constater les signes d'un coup de feu tiré de près, ce sera l'orifice d'entrée qui présentera les caractères suivants : ses bords seront renversés en dedans, tandis que l'orifice de sortie aura ses bords renversés en dehors : ce signe n'est toutefois pas constant.

Rappelons que l'orifice d'entrée peut être plus petit que l'orifice de sortie, parce qu'au moment où la balle produit le second elle est plus ou moins oblique et déformée, mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle.

Lorsque le crâne est traversé, l'orifice d'entrée est plus petit au niveau de la table interne, qu'au niveau de la table externe ; c'est l'inverse pour l'orifice de sortie.

Le coup de feu dans l'homicide n'est le plus ordinairement pas accompagné de tatouage, tandis que

dans le suicide il en existe souvent un. L'étude du tatouage permettra donc de fixer la distance à laquelle le coup a été tiré. Le tatouage sera toujours décrit avec beaucoup de précision, il sera photographié, pour que nous puissions le comparer plus facilement aux résultats obtenus dans des tirs exécutés avec l'arme incriminée, chargée de cartouches identiques à celle qui a été utilisée. Ces essais nous permettront d'évaluer la distance exacte à laquelle le coup de feu a été tiré, surtout si nous nous plaçons dans les conditions dans lesquelles se trouvait l'assassin ; c'est-à-dire si nous tirons sur de la peau humaine. Nous avons ainsi opéré dans l'affaire de la femme V..., citée plus haut, car il a en effet été démontré que les résultats obtenus sur papier étaient toujours erronés (1).

La coloration du tatouage nous permet de distinguer la nature de la poudre : il est noir avec la poudre noire, jaune-verdâtre avec la poudre J, et gris un peu brillant avec la poudre T *bis*. Nous devons toujours noter cette coloration, car un individu tenant un revolver contenant des cartouches chargées à la poudre noire, dont une a été utilisée, et qui présentera une plaie avec tatouage noir, aura pu se suicider ; tandis que l'arme aura servi à la défense si le tatouage est celui d'une poudre pyroxylée.

Dans les tirs à faible distance, les vêtements, les poils, la peau seront brûlés, surtout lorsqu'il s'agira de poudre noire. Les poudres sans fumée produisent

(1) GODY, LEBRUN, HEGER-GILBERT, Sur le diagnostic du crime et du suicide dans les plaies par armes à feu chargées à balles. Arch. int. de méd. légale, fasc. IV, vol. II.

peu de brûlures. Ayant remarqué ce fait au sujet d'un suicide, nous l'avons contrôlé. Nous avons exécuté des tirs à très faible distance de la peau d'un sujet ; ils n'ont déterminé aucune brûlure. De même lorsque nous placions le canon dans les cheveux, un ou deux seulement avaient leur extrémité grillée. Lochte a signalé ce fait également et il a remarqué qu'un certain nombre étaient fracturés complètement ou non. Les cheveux et les poils devront donc être examinés au microscope toutes les fois que nous aurons à déterminer la distance à laquelle un coup de revolver chargé de cartouches à poudre sans fumée aura été tiré.

Les suicidés dirigent ordinairement leurs coups vers un organe essentiel à la vie ; ils essayent constamment d'atteindre le cerveau ou le cœur. L'existence d'une seule plaie au côté gauche de la base de la poitrine, ou en des points de la tête en contact immédiat avec le cerveau, comme par exemple l'oreille ou la tempe, est déjà présomptive de l'idée de suicide, surtout si la direction du coup de feu peut s'expliquer rationnellement dans l'hypothèse où la victime aurait tenu l'arme.

Un coup de feu tiré dans la bouche caractérise ordinairement le suicide.

Certains ont prétendu que l'homicide était impossible dans ces conditions. Nous admettons cependant avec Taylor que l'on peut tirer un coup de revolver dans la bouche d'une personne qui dort.

Un cas curieux de suicide par coup de revolver dans la bouche a été rapporté par Reiss. Il s'agissait

d'un amputé des deux bras qui avait mis fin à ses jours en calant l'arme contre le mur et sa bouche et en faisant partir le coup en poussant la détente avec une baguette à l'aide de ses dents.

Le suicide par coup de revolver à la partie postérieure du crâne nous semble impossible. Maschka a cependant observé un cas authentique de suicide dans lequel l'orifice d'entrée se trouvait en arrière de la tête dans la région de la suture lambdoïde.

Dans l'homicide les coups sont frappés bien souvent au hasard et dans une région impossible à atteindre ou toutefois rarement atteinte dans le suicide. Nous avons observé, cependant, un cas d'homicide par coup de revolver au niveau de la racine du nez. La région de l'anus elle-même a été atteinte : il s'agit, en effet, d'une crime plutôt que d'un suicide dans l'observation que l'on va lire et qui a été rapportée par MM. les professeurs Baraban et Pierre Parisot :

Le jeune X..., âgé de vingt-trois ans, habitait, avec son père et un compagnon de travail de ce dernier, une mauvaise cabane aux environs de Nancy. X... n'avait pas de travail régulier ; il vivait de quelques sous gagnés en faisant des commissions ou en servant par intermittence les ouvriers maçons. Simple d'esprit, mais non aliéné, il passait quelquefois des journées à chanter et à claquer du fouet ; il était d'humeur gaie et ne cherchait querelle à personne ; aussi ne lui connaissait-on pas d'ennemis. L'enquête de police n'a pu établir qu'il se livrât à la pédérastie.

Indisposé depuis quelques jours, il était resté le 17 no-

(1) *Revue médicale de l'Est* 1904.

vembre à la maison tandis que son père et son compagnon étaient partis dès le matin à leur travail. En rentrant à cinq heures du soir, ces deux hommes trouvèrent la porte de la cabane entr'ouverte ; la chemise de X..., non maculée de sang, était jetée sur le sol près de la porte, et enfin le cadavre de X... nu, froid, rigide, étendu sur le ventre, reposait sur l'unique grabat de cette misérable habitation.

Le lit, une caisse recouverte d'un sac et une chaise étaient tachés de sang. Enfin un revolver qui appartenait au père était déposé au cran d'arrêt sur une table distante de 1 m. 50 du lit ; deux cartouches avaient été percutées sans résultat, une troisième avait fait feu. Quelques taches de sang se reconnaissaient sur le sol de la chambre fait de terre battue.

A cinq heures et demie du matin, X... avait pris comme de coutume du pain et du saucisson. L'enquête n'a pas établi nettement s'il était sorti dans la matinée ou s'il avait reçu quelqu'un ; aucun renseignement précis n'a été fourni sur les circonstances qui ont entouré cette mort mystérieuse.

1° *Examen extérieur du cadavre.* — La rigidité est complète. Pas de putréfaction. Sur la peau de la partie antérieure de la poitrine, nous remarquons deux empreintes parcheminées qui paraissent dues à la pression exercée par les mains du cadavre, car elles correspondent exactement à celles-ci qui étaient placées au devant de la poitrine et maintenues dans cette position par la rigidité cadavérique.

Au pourtour de l'anus se trouve une plaie à bords noirs et irréguliers, grande environ comme une pièce de un franc, située à droite de l'anus et empiétant par sa circonférence sur la circonférence même de ce dernier de façon à ne former avec lui qu'une seule et même ouverture. Dans le reste de la circonférence de l'anus, la mu-

queuse est éraillée longitudinalement comme si l'anus avait été surdistendu.

Il y a du sang desséché sur les fesses, le scrotum, la verge, la partie antérieure et interne des cuisses et sur les mains. Après lavage de ce sang, on remarque sur chacune des fesses, environ à cinq centimètres de l'anus, une surface parcheminée sur laquelle on aperçoit des grains de poudre incrustés dans la peau. Les bords de cette surface, surtout à droite, sont teintés de gris noirâtre dû à la combustion de la poudre. Ces surfaces parcheminées sont placées presque symétriquement, l'une par rapport à l'autre, sur le prolongement du diamètre transversal de l'anus.

2° *Examen des organes lésés par le projectile.* — La plaie anale constitue l'orifice d'entrée d'une balle dont on suit le trajet dans les cavités abdominale et thoracique jusqu'au niveau de la septième côte gauche. Dans sa course, le projectile a successivement labouré le rectum sur une hauteur de trois à quatre centimètres, traversé la vessie en deux points, éraillé l'artère iliaque primitive gauche, produit douze perforations sur l'intestin grêle, creusé à la base d'insertion du mésentère un tunnel de quatre centimètres, perforé le côlon transverse, le diaphragme, la languette inférieure du poumon gauche et enfin il s'est arrêté sur la septième côte gauche en y déterminant une fracture incomplète un peu en avant de la ligne verticale axillaire.

En traversant ces différents organes, la balle a provoqué : une hémorragie abondante, l'issue des gaz de l'intestin dans le péritoine, de l'air du poumon dans la plèvre, et probablement aussi l'épanchement d'une certaine quantité d'urine, car la double perforation de la vessie indique que cet organe devait, avant d'être blessé, contenir du liquide. Nous avons recueilli deux cents grammes de sang

dans la plèvre, seize cents grammes de mélange sang et urine dans le péritoine. L'hémorragie a donc été considérable puisqu'à ces chiffres il faut encore ajouter la quantité de sang épanché au dehors par la plaie anale.

3° *Examen des autres organes.* — L'estomac renfermait une bouillie alimentaire gris jaunâtre où nous avons reconnu du pain et quelques petits fragments de viande ; il n'y avait pas d'odeur alcoolique.

Les poumons étaient congestionnés, principalement le poumon droit qui était adhérent de toutes parts à la paroi thoracique. Le poumon gauche était rétracté modérément par le pneumothorax joint à l'épanchement sanguin causé par les blessures précitées. Les bronches contenaient, surtout à droite, un liquide muqueux et aéré ; le larynx était normal.

Le cœur était vide de sang. L'artère iliaque blessée présentait au niveau de la blessure un caillot granuleux, pariétal, de coloration lie de vin, caractères indiquant sa production pendant la vie.

Dans les reins, il y avait des signes d'inflammation chronique légère. Les méninges, congestionnées dans l'ensemble, mais modérément, présentaient des taches de congestion plus vives, de dimensions restreintes, au-dessous desquelles la substance cérébrale était, elle aussi, congestionnée sans qu'on puisse cependant y relever traces de ruptures vasculaires.

Enfin il n'y avait rien à remarquer dans la bouche, sinon une dentition irrégulière, caractère fréquemment observé chez les dégénérés.

4° *Examen microscopique du contenu rectal.* — Le rectum contenait, au niveau des dégâts causés par le projectile, une bouillie d'un rouge noirâtre où le microscope a révélé l'existence de sang, de matières fécales, de matières

pulvérulentes noirâtres et de fragments de tissus empruntés aux surfaces de la plaie, mais pas de spermatozoïdes. Pareil résultat négatif a été obtenu en examinant les matières contenues dans le rectum au-dessus de la blessure.

5° *Examen du projectile et du revolver.* — Le projectile trouvé dans le corps de Y... pesait huit grammes ; il s'était légèrement déformé et présentait notamment, près de son extrémité antérieure, une légère encoche faite par la septième côte.

Cette balle nous a paru correspondre, par son calibre, au revolver qui nous avait été confié ; mais comme ce revolver présentait de la rouille et des poussières sur une partie de la circonférence de l'intérieur du canon ; comme d'autre part nous ne savions préciser à quels caractères on reconnaît qu'une arme à feu a servi récemment, nous avons demandé à M. le Juge d'instruction de faire examiner l'arme par un armurier-expert auquel nous avons remis l'arme incriminée et le projectile. Toutefois nous avons recherché attentivement si cette arme présentait des taches de sang, de matières fécales ou de mucosités en un point quelconque ; sous ce rapport, notre examen a été négatif.

D'autre part, en tenant compte de la longueur du canon, qui est de cinquante-trois millimètres, nous avons pensé que les traces de poudre trouvées sur les fesses, environ à cinq centimètres de la plaie anale, s'expliquaient par l'issue de grains de poudre à la jonction du canon et du barillet. Nous avons d'ailleurs constaté, avec l'armurier-expert, qu'en enveloppant le revolver de papier à ce niveau avant de tirer, il s'échappe en réalité des grains de poudre à cette jonction.

Tel est l'exposé peut-être un peu aride de nos constatations ; il nous reste maintenant à préciser les questions auxquelles nous avons à répondre, à discuter les résultats fournis par l'autopsie et à indiquer nos conclusions.

Voici les questions qui nous étaient posées :

X... est-il pédéraste passif et n'a-t-il pas avant sa mort été souillé ?

Est-il possible que X..., qui ne semblait pas jouir de toutes ses facultés mentales, se soit, en se servant d'un vieux revolver, suicidé en se tirant un coup de cette arme à l'anus et alors qu'il était assis sur une chaise près de son lit, sur lequel il se serait couché ensuite pour mourir ?

Y a-t-il lieu au contraire de présumer que la mort de X... est le résultat d'un crime ?

La blessure de X... a-t-elle été faite par le revolver confié aux experts ?

A quelle heure approximativement X... a-t-il succombé ?

Discussion et interprétation des principaux faits. — De nos constatations, il résulte que X... a succombé rapidement aux suites de la blessure causée par la balle. La mort n'a pas été immédiate, puisque nous avons trouvé dans l'artère iliaque primitive gauche un caillot formé pendant la vie. Cela permet d'admettre qu'après la blessure X... a pu se déplacer, aller s'asseoir sur la caisse, sur la chaise et enfin se coucher sur son lit dans une position qu'expliqueraient des souffrances abdominales.

La blessure a été faite à bout portant, ce dont témoignent les caractères de l'orifice d'entrée, la surdistension de l'anus par les gaz échappés de l'arme et les traces de poudre trouvées sur les fesses qui devaient être rapprochées du barillet et peut-être serrées contre lui.

S'agit-il d'un assassinat, d'un suicide ou d'un accident ?

a) Dans l'hypothèse de l'assassinat, le trajet de la balle et l'ensemble des lésions s'expliquent facilement : le meurtrier aurait appuyé sur la marge de l'anus le canon du revolver, en tenant cette arme de la façon habituelle (crosse dans la paume de la main, index sur la gâchette).

b) Dans l'hypothèse d'un suicide, le trajet de la balle

indique que X... n'a pas pu se tuer en tenant le revolver de la façon habituelle. Nous avons, en effet, recherché les différentes manières dont il eût fallu se servir de l'arme pour obtenir sur soi-même les lésions constatées sur le cadavre et nous avons reconnu que pour cela il était nécessaire de tenir le revolver en position renversée, c'est-à-dire le pouce sur la gâchette au lieu de l'index ; c'est là un dispositif tout à fait anormal. Nous ferons remarquer que, d'après l'enquête, l'arme ne se trouvait ni dans la main de X..., ni sur le sol dans son voisinage, mais avait été déposée sur la table et, circonstance particulière, trouvée au cran d'arrêt, ce qui rend moins vraisemblable encore l'idée d'un suicide, surtout si l'on songe à la douleur qui aurait dû empêcher le blessé de penser à cette précaution.

Nous ajouterons aussi que les mains ne présentaient aucune incrustation de grains de poudre, dont la présence serait, dans l'espèce, un indice de suicide.

Enfin, si l'on consulte la statistique de M. Vibert, sur trois cent cinquante-huit cas de suicide par armes à feu, on voit que deux cent quatre-vingt-sept fois la blessure siégeait à la tête, soixante-huit fois à la poitrine, trois fois à l'abdomen, pas une seule fois à la région anale.

c) L'enquête représente X... comme un faible d'esprit passant son temps à chanter et à claquer du fouet, et non pas comme un aliéné mélancolique hanté par l'idée du suicide. On pourrait dès lors supposer un accident survenu au cours de l'introduction du revolver dans l'anus dans un but de jouissance spéciale, comme l'idée pourrait en venir à un imbécile dépravé. Cette hypothèse tombe devant ce fait que le revolver a été appliqué autour de l'anus sans avoir été introduit intérieurement, puisque le canon ne présentait pas de souillures par matières provenant du rectum (mucosités ou matières fécales).

A cette occasion, faisons remarquer que, si deux car-

touches ont été percutées sans résultat avant qu'une troisième fasse feu, cela ne cadre pas avec l'idée d'un accident.

Conclusions. — 1° La mort est due à un coup de feu tiré à bout portant sur la partie droite de la marge de l'anüs par un revolver tel que celui qui nous a été remis, la balle ayant produit une hémorragie abondante dans les cavités péritonéale et pleurale, des perforations de la vessie, du diaphragme et du poumon.

Il n'existe sur le cadavre de X... aucune trace de violence.

2° Il est impossible, surtout après les lésions faites à l'anüs et à la région anale par le coup de feu, de dire si X... avait des habitudes de pédérastie passive. L'examen microscopique du contenu rectal n'a montré aucun spermatozoïde, ce qui n'implique pas que X... n'ait pas été souillé, attendu qu'il résulte du rapport du docteur S... qu'au moment de ses constatations à la maison de la victime, il sortait de la plaie anale du sang noirâtre et des matières fécales qui auraient pu entraîner le sperme déposé au préalable à l'entrée ou dans l'intérieur du rectum. D'autre part, les fesses ne présentaient aucune trace apparente de liquide spermatique.

3° Un suicide est très peu probable, très peu vraisemblable, mais est à la rigueur possible ; un accident paraît inadmissible ; un crime est plus probable.

4° D'après l'examen du contenu stomacal, la mort serait survenue cinq heures au plus après l'ingestion du dernier repas, et, d'autre part, la mort n'aurait pas suivi immédiatement l'ingestion de ce repas. Il est difficile de répondre avec plus de précision, car on ne connaît pas exactement le temps nécessité pour la digestion de chaque aliment, et de plus nous ignorons si l'estomac de X..., qui venait d'être indisposé, fonctionnait normalement.

La direction du coup de feu peut être importante à connaître : elle sera sensiblement horizontale, légèrement de bas en haut et d'arrière en avant au niveau de la tête ; au niveau du cœur, elle sera de bas en haut, de droite à gauche et d'avant en arrière.

Dans l'homicide, la direction sera quelconque : parfois oblique, suivant la position de l'agresseur, ou horizontale ou analogue à celle du suicide.

Etant donné que la direction des coups peut être compatible ou non avec l'idée de suicide, il sera important de la déterminer, et pour ce faire nous avons divers éléments qui sont les suivants :

La forme et la concentricité de la zone de parcheminement entourant l'orifice d'entrée, indiquant que le coup a été tiré non pas perpendiculairement mais avec une certaine obliquité, ne donnent que fort vaguement la direction du tir ; ajoutons que cette zone parcheminée n'existe pas lorsque la peau ne se laisse pas déprimer ni quand l'orifice d'entrée est de forme irrégulière. Après une série d'expériences, le commandant Genonceaux (1) et le docteur Welsch ont démontré que la zone d'incrustation des grains de poudre était susceptible de nous permettre d'établir le degré d'obliquité de la ligne de tir. Voici leurs conclusions :

« Quand l'obliquité du coup n'est pas trop grande, on trouve une zone d'incrustation plus considérable mais moins dense dans la moitié du plan qui est plus éloignée de la bouche du canon, tandis que la moitié la

(1) Arch. int. de méd. légale, vol. III, fasc. II, p. 95.

plus rapprochée montre une zone plus restreinte mais plus condensée. Mais à mesure que l'obliquité du coup augmente, la moitié la plus rapprochée de la bouche du canon montre des incrustations plus nombreuses et plus étendues que la moitié la plus éloignée. »

L'autopsie nous permet d'étudier le trajet du projectile dans le corps, mais de ce trajet nous ne pouvons tirer aucune conclusion précise, car la direction du coup de feu dévie non seulement quand le projectile rencontre des plans osseux, mais aussi lorsque ce sont des tissus mous qui sont rencontrés. Ce dernier fait a été signalé par MM. Genonceaux (1) et le docteur Welsch. La trajectoire de la balle se comporte dans le corps, disent ces auteurs, comme un rayon lumineux, passant d'un milieu moins réfringent dans un autre qui l'est plus. C'est donc à tort que l'on considère ordinairement le trajet de la balle comme étant le prolongement de la ligne de tir.

La multiplicité des plaies n'est pas incompatible avec l'idée de suicide. En effet, le 8 décembre 1909 fut apporté à l'Institut anatomique le cadavre d'un homme d'une trentaine d'années, qui présentait deux orifices d'entrées de balles de revolver dans la région temporale et un orifice dans la région sus-hyoïdienne. Il portait en outre deux plaies du cuir chevelu en arrière de la tête. Cet individu s'était-il suicidé ? M. le professeur Parisot que nous avons assisté en fit l'autopsie, en voici les principaux traits :

(1) Arch. int. de méd. légale, vol. III, fasc. II, p. 93.

Levée de corps. — Le cadavre est revêtu d'une chemise, qui n'est pas déchirée.

Sur le col et sur la partie gauche du plastron de la chemise se trouve un dépôt noirâtre de fumée.

Sous le menton se trouve une plaie ovulaire horizontale en forme de boutonnière, mesurant huit millimètres sur cinq millimètres, présentant autour de ses bords un dépôt noirâtre, et peu de traces de brûlures. Les bords de la plaie sont contus.

A deux centimètres et un peu au-dessus d'une ligne horizontale partant de la queue du sourcil droit se trouve une plaie de vingt-deux millimètres sur dix millimètres, paraissant produite par un coup de feu tiré ; les bords sont contus et éclatés, vers le haut et vers le bas.

A un centimètre et demi de celui-ci, à la naissance du cuir chevelu, on note un troisième orifice de un centimètre sur cinq millimètres, à bords légèrement contus et éclatés.

Ces orifices sont entourés d'un tatouage très net, caractéristique de la poudre noire. Au niveau du pariétal gauche on note deux plaies superficielles rectilignes du cuir chevelu.

Autopsie. — Le muscle temporal droit est le siège d'une hémorragie.

Au niveau de la plaie située à la naissance du cuir chevelu le crâne n'est pas perforé, la balle est retrouvée déformée à l'intérieur du muscle. Au second orifice correspond une perforation du crâne avec de nombreuses petites esquilles.

La dure-mère est perforée.

Il existe une hémorragie sous-arachnoïdienne. Le pied des deuxième et troisième circonvolutions temporales est détruit. Le cerveau présente dans cette région un piqueté hémorragique, signe de contusion. La balle est retrouvée dans le ventricule latéral droit.

L'orifice situé au-dessus de l'os hyoïde correspond à la troisième balle, qui suit un trajet vertical, traverse la base de la langue et le voile du palais, on la retrouve dans un polype situé à l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche. Tout ce trajet est noirci par les gaz et un tatouage très net entoure l'orifice du voile du palais.

Conclusions. — 1° Il s'agit d'un homicide par trois coups de revolver dont un seul fut mortel.

2° Ces coups de feu ont été tirés de très près comme l'indique le tatouage qui les entoure et le dépôt de fumée situé au niveau de la chemise.

3° Ils ont été tirés dans l'ordre suivant : 1° Coup tiré à la naissance du cuir chevelu, n'ayant déterminé aucune lésion importante ; 2° Coup tiré à un centimètre et demi du premier, coup mortel, mais n'ayant pas produit une mort assez rapide pour empêcher l'individu de tirer le troisième coup de revolver de la région sus-hyôidienne, croyant avoir manqué sa tentative avec les deux premiers.

Un cas curieux de suicide par multiples coups de revolver tirés avec les deux mains employées alternativement a été rapporté par le professeur Corin (1) de Liège :

Un individu, abandonné par sa maîtresse, se tira trois coups de revolver dans la tête. Une balle atteignit la tempe droite à sa partie inférieure et vint raser la face inférieure du cerveau depuis la tempe droite jusqu'à la tempe gauche, en dedans de laquelle, sous la dure-mère, fut retrouvé le projectile. La deuxième balle fut tirée au milieu du front ; elle s'enfonça entre les deux hémisphères, déter-

(1) CORIN et HEGER-GILBERT, Diagnostic de l'homicide et du suicide. Arch. int. de méd. légale. vol. I, fasc. I.

minant une hémorragie du sinus longitudinal et fut retrouvée sous le bregma. Le troisième coup, enfin, perfora la tempe gauche et traversa la masse cérébrale de part en part ; on comprend, à la rigueur, que les deux premiers coups ayant laissé le cerveau relativement intact, n'aient pas déterminé de perte de connaissance ; mais ce qui paraît tout à fait déroutant, c'est que l'homme ait pu, ces coups étant tirés, changer le revolver de main et se tirer de la main gauche le coup décidément mortel. Cependant l'enquête exclut formellement l'intervention d'un tiers.

Si un suicide par arme à feu a lieu devant un témoin, celui-ci est le plus ordinairement soupçonné d'avoir joué un rôle dans l'affaire. Ascarelli (1) rapporte un cas de ce genre.

Un homme marié et sa maîtresse étaient dans une chambre quand on heurta violemment à la porte ; ils reconnurent, dans les menaces, les voix de la femme et du beau-frère. Comme ceux-ci essayaient d'enfoncer la porte, ils entendirent un coup de feu ; peu après la porte s'ouvrit et l'homme, demi-vêtu, couvert de sang, sortit implorant du secours pour sa maîtresse qui venait de se suicider. La femme, trouvée agonisante, fut transportée à l'hôpital et mourut en y arrivant. Immédiatement l'homme fut recherché par la police ; mais le soir il se constitua prisonnier.

A l'autopsie, on constata que la femme était morte d'un coup de feu correspondant à l'orifice externe du conduit auditif droit ; le trajet était légèrement oblique de bas en haut, de droite à gauche et d'arrière en avant ; il avait per-

(1) ASCARELLI, Suicidio od omicidio in caso di feriti d'arma da fuoco. Atti Soc. med. leg. Anno III.

foré le crâne et traversé la masse cérébrale. Le projectile fut trouvé dans la fosse moyenne. Le cadavre ne présentait pas d'autre blessure, aucun signe de lutte. Le fait s'était passé dans une petite chambre. Près d'un des murs se trouvait un grand lit ; sur le côté droit de ce lit se voyait une large tache de sang ; dans l'angle entre le mur et le lit, sur le mur, à trente-cinq centimètres au-dessus du sol, quelques éclaboussures sanglantes dirigées du lit vers le mur ; sur le mur lui-même, à soixante-dix centimètres au-dessus du sol, une large trace de sang et des shies parallèles se dirigeant vers le sol, qu'elles atteignaient. Sur le sol, dans l'angle même, une large mare de sang.

De tout ce qui précède, des constatations et des expériences qu'il fit, Ascarelli parvint à reconstituer les faits et arriva à cette conclusion qu'il s'agissait d'un suicide, bien que les antécédents du prévenu fussent défavorables.

La difficulté du diagnostic peut résulter de circonstances particulières, telles que la présence d'une seule blessure sur le cadavre d'un individu tenant dans la main ou l'ayant à ses côtés un revolver dont plusieurs cartouches ont été tirées.

Un cas de ce genre a été rapporté par le docteur Gaulejac (1). Voici le résumé de cette affaire :

Un individu fut retrouvé étendu dans le décubitus dorsal. Dans la partie moyenne de la voûte palatine, se trouve une petite plaie circulaire, présentant un tatouage de poudre noire. Sur le cuir chevelu, à un centimètre de la ligne sagittale du crâne, une petite plaie de forme étoilée. Les

(1) Ann. d'H. P. et M. L., Février 1910.

caractères de ces plaies permettent de dire que la plaie palatine est l'orifice d'entrée d'un coup de revolver tiré dans la bouche ; l'autre est l'orifice de sortie. Il s'agissait d'un suicide par coup de revolver dont le canon avait été placé dans la bouche, mais ce qui avait semblé étrange c'est que si une plaie seule existait, deux coups de feu avaient retenti : des personnes avaient entendu les détonations et il y avait deux douilles vides dans le barillet du revolver, que l'individu tenait encore dans sa main. D'après le siège de la balle correspondant au second coup de feu, l'auteur admit qu'il avait été tiré à la suite d'une contraction agonique, et que l'hypothèse d'un crime par surprise suivi d'un simulacre de suicide par la mise du revolver dans la main du sujet devait être écartée.

C'est également parce que plusieurs coups de feu avaient été tirés et parce que l'individu avait poussé des cris de détresse que l'on avait songé à un meurtre dans une affaire qui eut lieu à P..., au mois d'avril 1910.

Les résultats de l'enquête nous ont été communiqués. Ils furent les suivants :

Le corps d'un nommé L... fut retrouvé dans son escalier couché sur le côté droit, la tête appuyée contre la première marche de l'escalier, les pieds touchant le mur du corridor et légèrement repliés. Entre les pieds se trouvait un revolver, paraissant neuf, contenant quatre douilles de cartouches ayant été tirées et une cartouche non tirée. Il avait sa casquette sur sa tête ; elle présentait au-dessus de la tempe gauche une légère déchirure. Il baignait dans une mare de sang. Sous la déchirure de la casquette, au-dessus de la tempe gauche, se trouvait un orifice d'entrée d'une balle,

qui était ressortie au niveau de la tempe droite en faisant une large plaie étoilée. Au-dessus d'une porte, au fond du palier, à 2 mètres du cadavre, une balle fut retrouvée ; elle avait pénétré dans le bois horizontalement. Deux autres balles incrustées dans le plancher du corridor avaient la direction de la première, elles se dirigeaient vers le fond du couloir.

On peut admettre deux hypothèses : le suicide ou le meurtre. L... a pu se suicider en tirant avec la main gauche, mais la direction des balles ne permet pas cette hypothèse. Il est plus vraisemblable de penser que L... a été tué. Des témoins auraient entendu crier : « Au secours ! » et L... aurait dit également : « C'est fou » ou « Tu es fou ». Il a donc pu être frappé en descendant l'escalier, l'assassin se trouvant au-dessus et à gauche. La trajectoire du projectile s'expliquerait ainsi facilement.

Après ces constatations, le meurtre étant considéré comme vraisemblable, notre Maître fut chargé de l'expertise à la suite de laquelle il rédigea le rapport suivant :

Je soussigné, docteur Pierre Parisot, commis par ordonnance de M. le Juge d'Instruction en date du 6 avril 1910, à l'occasion de la mort suspecte du sieur L..., âgé de 30 ans, monteur, survenue à P..., dans la nuit du 5 au 6 avril 1910, serment préalablement prêté, me suis transporté le 6 avril, à P..., pour pratiquer la levée du corps, et le 8 avril, pour procéder à l'autopsie.

Levée de corps (6 avril). — Le cadavre présente dans la région temporale droite une plaie de quatre centimètres de diamètre, les bords en sont décollés ; à l'intérieur on trouve que les tissus ont un aspect noirâtre, enfin quelques che-

veux sont brûlés. Il s'agit là d'un coup de feu tiré à bout portant ; il existe dans la région temporo-pariétale gauche une plaie de un centimètre environ qui correspond à l'orifice de sortie. Sous la casquette on retrouve la bourre.

Autopsie (8 avril). — L'orifice situé au niveau de l'os temporal droit présente les caractères d'un orifice d'entrée, de ce trou partent en avant et en arrière des fêlures du crâne.

L'orifice de sortie est arrondi ; la circonférence formée dans la table externe de l'os est plus grande que celle formée aux dépens de la table interne.

Le cerveau a été traversé suivant un trajet de bas en haut et d'avant en arrière. En plus de cette lésion de la substance cérébrale, il existe un épanchement abondant sous la dure-mère.

L'estomac contient cinquante grammes environ d'une bouillie grisâtre contenant quelques débris alimentaires (légumes verts) et ayant une odeur aigrelette, sans odeur spéciale d'alcool.

Conclusions. — D'après les résultats fournis par la levée de corps et ceux fournis par l'autopsie, la mort de L... est imputable à un suicide par arme à feu.

Il s'agit donc d'un suicide par coup de feu tiré dans la région temporale droite, de bas en haut et à bout touchant, et s'il a été admis primitivement par la police que le coup de revolver avait été tiré de gauche à droite, c'est parce qu'on s'était basé sur une donnée qui est loin d'être constante, d'après laquelle l'orifice de sortie serait plus grand que l'orifice d'entrée.

Les coups de feu, les cris d'alarme n'étaient qu'une mise en scène faite par L... destinée à cacher son suicide en simulant une agression.

Lorsqu'il s'agit d'un drame intime, c'est l'homme qui, le plus souvent, tire le premier sur sa compagne, puis tente de se suicider, le hasard veut parfois qu'il échoue dans sa tentative ; il est alors poursuivi pour homicide. Les rôles peuvent être renversés et nous allons rapporter un fait de ce genre à propos duquel deux hypothèses étaient également admissibles : la femme avait tué son amant pendant qu'il dormait et avait ensuite tenté de se suicider ou bien l'individu, après avoir tiré sur sa compagne, s'était donné la mort par deux coups de revolver. Il fallut faire la part du suicide et de l'homicide. Les résultats de l'autopsie pratiquée par M. le professeur Parisot permirent, comme on va le voir, de reconstituer la scène d'une manière précise :

Levée de lieux et levée de corps. — La porte était fermée à clef ; la clef était retirée et déposée sur un meuble de la chambre.

Dans l'unique lit de la chambre un homme et une femme sont couchés ; l'homme a cessé de vivre. Il est en chemise et couché légèrement sur le côté gauche. La tête est tournée vers la femme qui occupe la ruelle du lit ; il a les bras à demi croisés sur la poitrine ; les jambes sont allongées dans une position naturelle. L'homme porte au-dessus de l'oreille droite deux blessures paraissant avoir été produites par des balles de revolver, à la tempe droite, séparées par un intervalle de 2 centimètres et demi ; elles sont situées sur une même ligne verticale ; du sang s'en écoule.

L'orifice inférieur siège à un demi centimètre environ au-dessus de l'arcade zygomatique, l'orifice supérieur à trois centimètres environ en avant de l'oreille et sur une

ligne horizontale passant par le niveau de son bord supérieur. Les cheveux sont brûlés sur une largeur d'une paume de main environ autour de la blessure ; il y a des grains de poudre incrustés.

Un revolver, dit bull-dog, du calibre 8 millimètres, est trouvé sur le couvre-pied, vers le milieu du lit, plutôt du côté de la femme ; il contient encore trois cartouches et trois douilles. Dans le lit se trouve une boîte en carton renfermant dix-neuf cartouches.

La femme est dans le coma et ne peut donner aucun renseignement.

Autopsie. — Rapport de M. le Professeur Parisot (8 janvier 1910). — Le cadavre est recouvert d'une chemise.

A la tempe droite il existe deux orifices d'entrée de balles sans qu'on puisse découvrir les orifices de sortie.

Ces deux orifices sont très rapprochés l'un de l'autre ; du sang s'en est écoulé et macule cette région.

Les bords de ces orifices sont contus et noirâtres ; au pourtour je note le tatouage, avec grains de poudre noire et la brûlure des poils et des cheveux.

Les balles après avoir traversé l'os temporal ont traversé les circonvolutions cérébrales de part en part et l'une d'elles a labouré la protubérance, déchirant les pédoncules cérébraux et ouvrant les artères de la base.

Les deux balles ont été retrouvées sous les méninges après avoir ricoché sur les os du crâne opposés à l'entrée.

L'os temporal gauche présente une fêlure et extérieurement il s'est formé une petite hémorragie sous le muscle temporal gauche.

Les lésions protubérantielles notamment ont entraîné une mort très rapide.

L'aspect des orifices d'entrée prouve que le coup de feu n'a pas été tiré à bout touchant, mais à brûle-pourpoint, c'est-à-dire de quelques centimètres, à trente centimètres

au maximum. Pour préciser la distance, des expériences devraient être faites avec le revolver de l'inculpée.

D'autre part, il n'existe aux mains ni tatouage de combustion de la poudre, comme dans quelques suicides, ni trace de lutte. Il n'existe pas de traces de violence sur d'autres parties du corps.

L'estomac est presque vide et ne renferme qu'un peu de liquide jaunâtre sans odeur spéciale.

Conclusions. — 1° Le sieur F... a succombé à deux coups de revolver tirés à brûle-pourpoint dans la région temporale droite ;

2° Sur le cadavre on ne trouve ni trace de lutte, ni tatouage produits par combustion de la poudre sur la main comme chez quelques suicidés ;

3° Les lésions encéphaliques importantes produites par l'une quelconque des deux balles ne permettent pas l'hypothèse suivant laquelle F... après s'être tiré un premier coup de revolver aurait été capable de s'en tirer un second ;

4° En l'absence de traces de lutte, il est admissible que les deux coups de revolver ont été tirés pendant son sommeil.

Il y a donc eu homicide sur la personne de F... et c'est l'autopsie seule qui a permis de le démontrer ; étant données les lésions rapidement mortelles produites par l'une ou l'autre balle, F... n'aurait pu se tirer le second coup de revolver après le premier. Comme la porte était fermée en dedans, l'intervention d'un tiers doit être éloignée. C'est certainement la femme qui a tiré deux coups de revolver sur son amant pendant qu'il dormait. La faible distance à laquelle ils ont été tirés, ainsi que l'absence de traces

de lutte l'indiquent. Elle a ensuite tenté de se suicider. Notons que dans cette affaire la recherche et l'identification des empreintes papillaires auraient pu faciliter le diagnostic.

Le professeur Legludic (1) rapporte un cas d'homicide et de suicide simultanés qui eurent lieu dans les conditions suivantes :

Les cadavres de la fille P... et d'un nommé G... sont trouvés dans une chambre dont la porte est fermée en dedans. Pas de désordre dans la chambre ; l'homme est couché sur le bord du lit, la femme du côté du mur ; les couvertures remontent jusqu'au menton de la femme et recouvrent les trois quarts de la poitrine de l'homme. Les bras de la femme sont cachés sous les couvertures ; ceux de l'homme, au contraire, reposent sur le drap, en demi-flexion.

Entre les deux cadavres est un revolver à six coups, transversalement placé ; la crosse regarde vers l'homme ; deux des six coups sont seuls déchargés. A la tempe droite de la fille P... est une petite plaie contuse offrant les caractères des blessures par armes à feu. D'autre part, G.. présente à la tempe droite une plaie ayant les mêmes caractères ; elle se trouve au milieu des cheveux agglutinés par du sang coagulé. Le bonnet de coton et l'oreiller présentent des traces de poudre brûlée.

D'après les lésions constatées à l'autopsie des deux cadavres, il est certain que dans les deux cas la mort a été rapide et instantanée, le coup de revolver tiré sur la fille P... a été tiré à une plus faible distance que sur G..., l'incrustation de grains de poudre, le dépôt de fumée le prouvent.

(1) LEGLUDIC, Médecine légale : Les blessures, p. 74.

La porte était fermée en dedans, le crime n'a pu être commis par une autre personne. Il y a eu homicide de la fille P... et suicide de G... La position dans le lit de la fille P..., à gauche de son amant, le décubitus dorsal ont permis de diriger facilement le canon du revolver sur la tempe droite. Puis G... élevant son bras droit tira au niveau de sa tempe droite le second coup de revolver, après lequel son bras droit s'affaissait dans la position demi-fléchie signalée, laissant tomber le revolver sur la couverture.

Dans ce cas, comme dans le précédent, le diagnostic aurait pu être facilité par le **signe des empreintes**.

Il n'est pas rare de rencontrer des cas de tentatives de suicide par coups de revolver ayant précédé un autre genre de mort. Nous avons vu dans la pendaison une observation de ce genre. Nous citerons des suicides par instruments tranchants accompagnés de tentatives de suicide par armes à feu. Dans ces cas les blessures par armes à feu sont insuffisantes pour entraîner la mort, l'autopsie le démontre, et il est facile d'établir d'après les autres lésions si le suicide peut être admis.

D'autres fois l'inverse se produit, le coup ou les coups de revolver suivent des tentatives de suicide : le médecin légiste établira alors si l'individu a bien été capable après les premières lésions de se faire les secondes.

Résumé des principaux éléments de diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide par armes à feu (revolver).

Suicide.

Levée de lieux :

Pas de traces de lutte.

L'arme se trouve à portée du cadavre.

Levée de corps :

Pas de traces de violences le cadavre présente un ou plusieurs coups de feu avec tatouages caractéristique des coups de feu tirés à faible distance.

Coup tiré en un point le plus souvent accessible, ordinairement, tête, cœur.

Les vêtements sont habituellement écartés. — Dépôt de fumée sur les vêtements.

L'arme est ordinairement fortement serrée dans la main ou à sa portée.

Traces de poudre au niveau de l'index.

Empreintes du sujet sur le revolver.

Homicide.

Levée de lieux :

Le crime ayant lieu le plus souvent pendant le sommeil, pas de traces de lutte.

L'arme se trouve loin du cadavre ou manque.

Levée de corps :

Pas de traces de violences. Un ou plusieurs coups de feu présentant les caractères des coups tirés à une certaine distance.

Coup de feu pouvant siéger dans toutes les régions du corps et fréquemment dans l'abdomen.

Vêtements transpercés, sans tatouage.

L'arme n'est pas fortement serrée dans la main, elle a été placée après la mort.

Pas de poudre au niveau des doigts.

Sur le revolver, empreintes différentes de celles de la victime.

QUATRIÈME PARTIE

Diagnostic du suicide et de l'homicide par instruments tranchants, tranchants et piquants, tranchants et pesants.

Historique

La question du diagnostic différentiel du suicide ou de l'homicide par blessures fut nettement abordée par Fodéré, Mahon, Orfila, Devergie, Taylor, Friedreich, Casper ; des travaux spéciaux sont publiés par Chaussier, Marc, Brierre de Boismont, Ollivier d'Angers, Tardieu ; à ces noms illustres s'ajoutent ceux des chirurgiens célèbres comme Pelletan, Larrey, Dupuytren qui ont contribué à éclaircir de nombreux problèmes. Signalons également le professeur Tourdes qui fixa le premier les règles à suivre dans l'expertise médico-légale dans les cas de blessures,

nous nous en inspirerons souvent. Cette question fut étudiée et mise à point plus récemment par le professeur Brouardel ; citons également les thèses de Char-rin, Viguié, Leniez, Jobert.

Nous étudierons spécialement les blessures par instruments tranchants, tranchants et piquants à la fois, tranchants et pesants.

Levée de lieux

Lorsque le médecin légiste se trouve en présence d'un cadavre présentant des blessures plus ou moins nombreuses et étendues, il devra pratiquer la levée de lieux avec d'autant plus de soin que c'est dans ce genre de mort qu'il aura le plus souvent à résoudre le problème du diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide, et qu'il rencontrera le plus d'originalité dans l'exécution du suicide.

L'état des lieux peut seul quelquefois faire rejeter l'hypothèse d'un suicide ou au contraire la faire admettre. Les traces de lutte, le désordre de la pièce, la présence d'empreintes ensanglantées, de mains ou de pas, alors que les pieds et les mains de la victime ne portent aucune trace de sang, constituent des indices favorables à l'idée d'homicide.

Il nous faut ensuite rechercher l'arme dans le suicide ou l'homicide, on la retrouve rarement dans la plaie. Nous citerons cependant plus loin un exemple de suicide dans lequel un couteau d'une longueur de

vingt et un centimètres a pénétré de dix-sept centimètres dans le thorax et y est resté.

L'arme peut être retrouvée à côté du cadavre ou loin de lui, déposée par le meurtrier ou jetée par le suicidé. Elle peut être placée de telle manière qu'au premier examen elle est introuvable nous faisant ainsi songer à un homicide. Citons à ce propos un exemple rapporté par Viguié (1) :

Un homme la gorge coupée est trouvé étendu sur son lit. On ne trouvait aucun instrument et des soupçons d'homicide s'élevèrent, mais on trouva bientôt sur un rayon placé au-dessus de son lit un tranchet ensanglanté. Le rebord du rayon portait la trace d'une main ensanglantée, des gouttelettes avaient rejailli sur la cheminée. Il était facile de conclure que cet homme s'était tué debout sur son lit et qu'ensuite une carotide étant ouverte, il avait déposé le tranchet sur le rayon et était tombé.

L'instrument est trouvé. Porte-t-il des empreintes sanglantes, et le sujet a-t-il les mains souillées de sang ? Le suicide est possible. Les mains du sujet ne sont pas ensanglantées ? Le crime est certain.

Reiss (1) cite un cas dans lequel des empreintes sanglantes trouvées sur le manche d'une hache ont permis d'identifier l'auteur du crime. Mais l'assassin ou la personne qui se donne volontairement la mort à l'aide d'un instrument tranchant, tranchant et pi-

(1) VIGUIÉ, De l'égorgement au point de vue médico-judiciaire. Thèse de Lyon 1891.

(2) REISS, Manuel de police scientifique, p. 386.

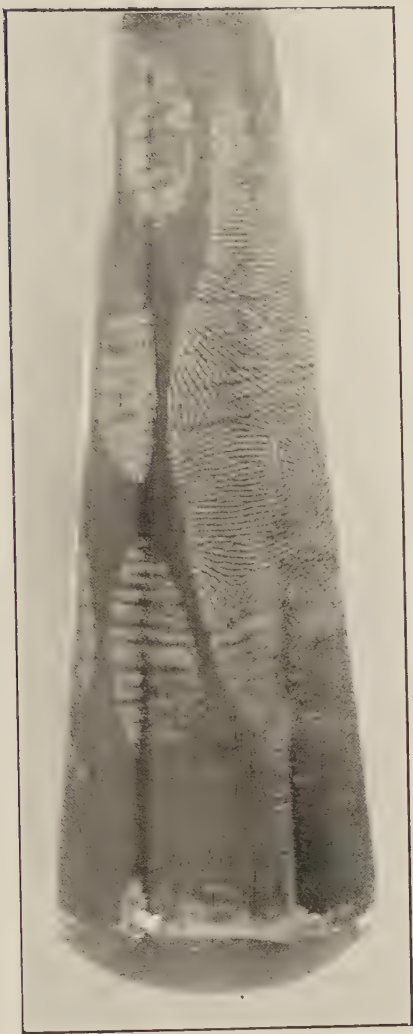
quant, tranchant et pesant n'ont pas toujours les mains souillées de sang, les empreintes déposées sur l'arme utilisée par eux seront invisibles. Nous avons fait, comme pour les revolvers, une série d'expériences ayant pour but d'établir si le signe des empreintes pouvait constituer un élément de diagnostic différentiel entre l'homicide et le suicide par armes blanches.

Nous avons recherché en quels points de ces armes des empreintes étaient le plus fréquemment déposées, nous avons déterminé la région de la main d'où provenaient ces empreintes et nous avons décrit les meilleurs procédés pour les révéler. Voici le résumé de nos recherches :

Nous avons fait le simulacre de nous frapper et de frapper quelqu'un avec ces divers instruments, que nous avons ensuite jetés négligemment sur le sol ou placés pendant quelque temps dans notre poche lors qu'il s'agissait de couteaux.

Avec ces couteaux pris dans les collections du laboratoire, nous avons obtenu d'une manière constante des empreintes suffisantes pour permettre l'identification.

Sur un couteau à virole, à manche en buis, de couleur jaune (V. planche III B), l'empreinte invisible a été révélée à l'aide de l'oxyde cuivrique préconisé par M. Stockis, et nous avons pu facilement l'identifier. Pour la photographier, nous avons naturellement employé des plaques orthochromatiques, sensibles au jaune, pour obtenir les teintes avec leur valeur. Sur des couteaux, des poinçons (V. planche III A), à



A

(AGRANDIS DE 1/3)



B

manches en bois ou en corne, nos résultats ont été également très satisfaisants.

Nous avons utilisé le carbonate de plomb pur pour révéler les empreintes déposées sur ces différentes armes, mais en les noircissant par les vapeurs de sulfure d'ammonium pour les manches de couleur claire (méthode de Bertillon). Ce réactif réduit en poudre très fine est étalé en couche mince sur l'empreinte, on la nettoie ensuite avec un blaireau ou une houppette de coton ; plus on répète cette opération plus l'empreinte devient nette. Nous n'avons pas obtenu d'aussi bons résultats avec d'autres poudres, certaines n'adhéraient pas parfaitement à l'empreinte, d'autres trop pulvérulentes restaient fixées à l'objet sur lequel l'empreinte était déposée.

Sur les manches de haches, de marteaux, de limes en bois naturel sans vernis ordinairement, et qui sont souvent peu polis, nous avons également pu révéler, avec les procédés mentionnés ci-dessus, des empreintes présentant un nombre de particularités suffisantes pour pouvoir les identifier.

Ensuite nous avons été plus loin, Après avoir manipulé, porté dans la poche des couteaux, nous les avons saisis et nous avons fait le geste de poignarder, nous avons le plus souvent retrouvé suffisamment de caractères des lignes papillaires pour arriver à l'identification. Evidemment on se trouve quelquefois dans des conditions défavorables, superposition de plusieurs empreintes, manque de netteté. Mais ces inconvénients ne se rencontrent-ils pas dans l'étude des empreintes en général ?

Signalons maintenant les régions de la main qui impriment le plus souvent leurs lignes papillaires sur les armes précitées. En outre des traces de doigts dispersées au hasard, nous avons retrouvé au point où ces divers instruments sont saisis ordinairement (extrémité du manche des hachettes, serpes, et sur toute la longueur du manche sur les couteaux, limes, poignons, etc.), les empreintes papillaires de la région correspondant à la racine des doigts, région des articulations métacarpo-phalangiennes, située au-dessus du pli palmaire de flexion.

Etant donné la place prépondérante que doit occuper le signe des empreintes dans le diagnostic différentiel de l'homicide et du suicide par armes blanches, il sera donc important de conserver l'arme dès qu'elle sera découverte en suivant les recommandations faites dans notre première partie et de prélever les empreintes papillaires de la main du sujet, notamment celles qui correspondent à la racine des doigts.

M. le professeur Corin, de Liège, a récemment démontré que les lignes papillaires de cette région, ainsi que celles de l'éminence hypothénar, présentent, au même degré que celles de la pulpe digitale, des caractères individuels permettant l'identification et il a formulé le vœu de les voir figurer toutes sur les fiches dactyloscopiques.

On trouvera parfois sur les lieux du crime des empreintes produites par une main fortement recouverte de sang ; dans ce cas, les lignes papillaires ne seront plus apparentes, on pourra alors tirer parti de

la silhouette de la main qui présentera parfois des particularités anatomiques ou des stigmates professionnels suffisants pour l'identification, et qui pourra encore se faire à l'aide de plis palmaires qui sont toujours visibles. C'est M. Balthazard qui, le premier, a signalé ce fait ; il a pu identifier une empreinte ensanglantée déposée par un assassin sur un drap, démontrant ainsi qu'il est possible de tirer parti des empreintes laissées sur des objets non polis (1).

La disposition des taches de sang permettra au médecin légiste d'établir la situation occupée par la victime lorsqu'elle fut frappée, si elle était debout ou couchée, en quel point de la pièce elle se trouvait lorsqu'elle reçut les premiers coups, etc... C'est ainsi que M. le professeur Parisot établit qu'une femme qui fut trouvée égorgée dans sa chambre avait reçu les premiers coups debout au pied de son lit ; sur ce meuble, en effet, il avait constaté des gouttelettes de sang dont la pointe était dirigée vers le sol.

Comme on vient de le voir, on peut trouver dans la levée de lieux de nombreux éléments qui nous permettent de distinguer le suicide du crime.

Levée de corps et autopsie

De la levée de corps nous pourrions tirer d'utiles renseignements. La présence ou l'absence de traces de lutte sur les vêtements nous feront pencher vers

(1) Ann. H. P. et M. L., 4^e série, t. XI, p. 447.

l'homicide ou le suicide. Dans le suicide ou le meurtre par instruments tranchants, les sections des vêtements concordent avec les plaies sous-jacentes. Dans le meurtre simulé, moyen employé quelquefois par des individus qui essayent de dissimuler une perte d'argent en se disant victimes d'une agression, il y aura rarement concordance de la coupure des vêtements avec la plaie, qui sera toujours très superficielle. Dans ces cas, l'individu pratique souvent dans ses vêtements des coupures dont la disposition invraisemblable permet de découvrir le stratagème. C'est ainsi que l'on observera deux trous au niveau d'une chemise qui aura été perforée au niveau d'un pli (1), etc..., etc...

Sur le bras nu ou sur la manche du vêtement trouvons-nous l'empreinte sanglante d'une main de même côté ? l'homicide sera certain.

La victime présente-t-elle des plaies de défense au niveau du pli interdigito-palmar du pouce et de l'index ? Nous ne pourrions avoir aucun doute sur l'intervention d'un criminel.

La main du cadavre peut-elle encore serrer un instrument qui a pu produire les blessures qu'il présente ? le suicide est très vraisemblable. Il a été, en effet, surabondamment démontré qu'on ne peut fixer dans la main d'un cadavre une arme d'une manière aussi ferme.

L'arme ne correspond-elle par aucun de ses caractères aux blessures du cadavre ? elle nous indique

(1) REISS, Manuel de police scientifique, p. 465.

alors qu'elle a servi à la défense. Il y a eu homicide, par conséquent.

L'examen des plaies facilitera lui aussi le diagnostic, d'après lui nous verrons si elles ont été produites par l'instrument trouvé dans la main du cadavre, il nous permettra d'établir leur direction.

Les instruments tranchants, le rasoir en est le type et il est utilisé fréquemment dans le suicide par égorgement, donnent une section dont l'extrémité terminale présente ordinairement une queue, tandis que l'extrémité opposée est nette ; les bords de cette plaie sont ordinairement réguliers.

Les instruments tranchants et piquants à la fois (couteaux) utilisés dans le suicide et dans l'homicide produisent des blessures ayant des caractères identiques à celles qui sont dues aux instruments tranchants ; bien qu'elles présentent dans certains cas une queue à chacune de leurs extrémités elles n'en offrent le plus souvent qu'une seule, formée au moment où l'arme est retirée. La direction du coup peut donc être établie facilement.

Les instruments tranchants et pesants, tels que les haches, hachettes, etc..., bien qu'employés ordinairement dans les meurtres, sont devenus, entre les mains d'aliénés, des instruments de suicide ; les plaies qu'ils font peuvent être considérables et ont leurs bords contus.

Les instruments piquants, tels que baïonnettes, poignons, etc..., donnent des plaies de petites dimensions, dont le contour reproduit quelquefois exactement la section de l'arme ; ou bien, d'après la direc-

tion des fibres traversées, la plaie peut avoir une forme ne rappelant pas celle de l'instrument employé. Un poinçon rond donnera par exemple un orifice ovalaire.

On ne saurait donc agir avec trop de circonspection dans ces cas, et il est prudent d'attendre avant de se prononcer que l'autopsie ait donné les autres caractères de la plaie.

Il nous suffira parfois pour établir le diagnostic différentiel de l'homicide et du suicide par instrument tranchant, tranchant et piquant à la fois, etc..., d'établir si une des blessures a été faite après la mort. Dans ce cas, l'homicide sera certain. L'écoulement du sang nous fournit à ce sujet de précieuses indications. L'absence d'écoulement sanguin nous indique que la blessure a été faite après la mort ; sauf dans des cas exceptionnels, comme celui qui est cité par le professeur Tourdes : « Un jeune homme, le rasoir à la main, alla se couper la gorge au milieu de la rivière l'Ill, Lavée par l'eau, la plaie était exsangue. Si de la plaie s'écoule du sang fluide, la plaie est postérieure à la mort, exceptionnellement des plaies faites pendant la vie laissent échapper du sang fluide, ce serait le cas, paraît-il, chez les alcooliques.

Un écoulement de sang avec caillots sur les bords de la plaie et dans sa profondeur, une infiltration sanguine dans la gaine des vaisseaux indiquent une lésion *ante mortem*.

Le suicide par instrument tranchant s'accomplissant ordinairement dans la position debout, le sang s'écoulera d'abord vers le bas, puis il s'étalera laté-

ralement après la chute ; on peut donc ainsi dire dans une certaine mesure quelle était l'attitude de l'individu au moment où il s'est suicidé.

La profondeur et la longueur des plaies peuvent être très grandes dans le suicide aussi bien que dans le meurtre. L'observation suivante, publiée par Devergie (1), montre qu'un homme peut se faire des plaies très profondes ; nous en citerons les principaux traits :

Le nommé R..., âgé de 63 ans, présentait une plaie énorme située immédiatement au-dessous du menton, ayant deux pouces de profondeur, trois pouces trois lignes de largeur et un pied juste de circonférence. La peau, l'os et la mâchoire, les glandes sous-maxillaires, tous les muscles qui, hors l'os hyoïde, se rendent à la mâchoire inférieure et à la langue, la langue elle-même, ainsi qu'un espace vide formé par la cavité du pharynx constituent la paroi supérieure de cette large excavation. L'os hyoïde, une partie des muscles mylohyoïdiens et l'épiglotte, saillante et relevée, forment sa paroi inférieure ; au fond de la plaie, et au centre, on aperçoit la partie postérieure du pharynx immédiatement appliquée sur la colonne vertébrale, et sur ses côtés les muscles sternomastoïdiens mis à nu.

Les lèvres de la plaie formées par la peau, présentent de chaque côté et à des profondeurs inégales, deux échancrures superficielles, qui font assez reconnaître que trois coups de rasoir ont été portés.

Cet individu avait conçu les espérances d'une aisance prochaine, il fut déçu, c'est ce motif qui le détermina à attenter à ses jours.

(1) Ann. d'H. P. et M. L., t. IV, p. 440.

Et Devergie ajoute qu'il fut frappé de l'analogie que présentait ce cas de suicide avec un homicide et, si des témoins ne l'avaient pas vu commettre, on aurait pu douter de la possibilité qu'un homme pût se faire des plaies aussi profondes.

Le motif qui poussa cet individu au suicide indique qu'il s'agit bien d'un suicide de déséquilibré, chez lequel existait la perte de sensibilité si fréquente chez les aliénés.

Certains prétendent que dans les cas de section du cou allant jusqu'à la colonne vertébrale, les lésions produites sur celle-ci sont moins importantes dans le suicide que dans l'homicide. Cependant dans une communication du docteur Dufour (1), nous trouvons une observation de suicide par section du cou avec entailles osseuses notables ; étant donné l'intérêt que présentent l'observation et la discussion, nous les citerons en entier :

Le 17 juin 1910, à 6 heures du soir, des passants découvrent dans le quartier des Chartreux et dans une traverse isolée aboutissant à l'usine Verminck, le cadavre d'un homme d'une trentaine d'années, étendu sur le sol face contre terre, au milieu d'une mare de sang. A proximité de la main droite gît un couteau ensanglanté.

Le corps est celui d'un homme de 35 à 40 ans, de taille et de constitution moyennes et offrant une calvitie frontale assez étendue. La rigidité cadavérique est complète et la putréfaction n'est pas commencée.

Les mains et la face sont souillées de sang ; et après

(1) Marseille Médical, 15 janvier 1911.

lavage, on remarque un aspect légèrement excorié et meurtri de la bosse frontale droite, ainsi qu'une ecchymose superficielle de la région frontale médiane de 2 centimètres de long sur 6 millimètres de large. Nous notons seulement une dizaine de petites excoriations sur le nez et les pommettes.

Les régions antéro-latérales du cou sont le siège d'une vaste et profonde plaie par instrument tranchant. Cette plaie est transversale et mesure 13 centimètres de long sur 6 de large.

Son extrémité gauche commence à trois centimètres au-dessous de l'apophyse mastoïde ; la peau présente à ce niveau *trois* entailles, séparées respectivement par un centimètre de peau saine. L'extrémité droite n'arrive pas à la même hauteur que la gauche ; elle se termine sur un plan inférieur de deux centimètres ; la peau présente à ce niveau *deux* entailles seulement. En allant de gauche à droite, nous notons :

1° L'intégrité du muscle sterno-mastoïdien gauche qui est seulement mis à nu ;

2° La section complète de la carotide externe gauche à un centimètre au-dessus de sa naissance ;

3° La section de toutes les parties molles de la région médiane du cou jusqu'à la colonne vertébrale ;

Le bord supérieur du cartilage thyroïde est détaché sur une hauteur de cinq millimètres ;

Le corps de la troisième vertèbre cervicale présente deux entailles horizontales et parallèles distantes de un centimètre ; l'entaille supérieure mesure deux centimètres de long sur un millimètre de large, l'inférieure six millimètres de long seulement sur un millimètre de large ;

4° L'absence de lésions du paquet vasculo-nerveux droit ;

5° La section partielle de la portion moyenne et interne du sterno-mastoïdien droit.

A l'ouverture du corps, nous constatons l'absence de lésions du cuir chevelu, des os du crâne et du cerveau.

Les poumons sont libres dans les cavités pleurales. Ces organes n'offrent pas un aspect congestionné ; ils sont mous et crépitent sous le doigt. Plongés dans un récipient plein d'eau, ils surnagent.

Nous distinguons sur les faces antéro-inférieures neuf ecchymoses (cinq pour le poumon droit et quatre pour le gauche), d'aspect rouge-vif, assez étendues, atteignant en moyenne des dimensions presque égales à celles d'une pièce de cinquante centimes.

Ces ecchymoses sous-pleurales sont très superficielles ; en les incisant on note que la légère suffusion sanguine qui les a déterminées a un millimètre environ d'épaisseur ; le parenchyme pulmonaire est plutôt pâle et exsangue.

Dans la trachée et les grosses bronches, on trouve une petite quantité de sang mêlé d'un peu d'eau.

L'introduction de la pointe d'un scalpel dans les entailles relevées sur le corps de la troisième vertèbre cervicale nous montre que l'arme n'a pas pénétré profondément dans la vertèbre (un à deux millimètres).

Le cœur est sain, les cavités sont presque vides de sang.

Les organes de la cavité abdominale sont normaux et exempts de lésions ; l'estomac est vide d'aliments liquides ou solides.

Deux particularités de cette autopsie firent naître dans notre esprit quelques doutes sur l'hypothèse d'un suicide qui paraissait d'abord s'imposer :

1° Le nombre des entailles cutanées du côté gauche (trois) et celui des entailles osseuses (deux) ;

2° La constatation d'ecchymoses sous-pleurales larges et étendues.

La situation et la direction de la plaie cervicale (de gauche à droite et l'extrémité gauche étant la plus élevée) sont celles que l'on observe chez les individus droitiers qui s'ouvrent la gorge à l'aide d'un instrument tranchant ; mais, il existait trois entailles cutanées et deux osseuses distantes les unes et les autres de un centimètre ; l'individu avait donc, à trois reprises enfoncé l'arme dans la région latérale gauche du cou ; en admettant que la première entaille ait été due à un tâtonnement de la main, les deux autres avaient été suivies d'une section complète des parties molles et l'arme avait pénétré jusqu'au corps de la troisième vertèbre cervicale, qui était entamée en deux endroits. Il devenait évident que le premier coup n'avait pas été mortel bien que l'instrument tranchant soit parvenu jusqu'à la colonne vertébrale ; il avait donc fallu que cet individu se porte un second coup aussi énergique que le premier et qu'il se tranche la carotide externe gauche pour qu'une hémorragie foudroyante survînt. Mais comment admettre chez un individu normal une énergie capable de surmonter la douleur éprouvée après la première blessure au point qu'il ait pu récidiver avec une violence encore plus considérable ? Et n'y avait-il pas dès lors dans l'hypothèse du suicide sujet à contestation ? En second lieu, les ecchymoses sous-pleurales relevées à l'autopsie, bien que n'ayant plus la signification trop exclusive que leur donnait Tardieu, s'observent fréquemment dans les cas d'asphyxie par suffocation. Il semblait donc que leur présence venait fortifier le doute qui était né des constatations précédentes.

Aussi avons-nous jugé prudent de surseoir à toute conclusion avant de connaître tous les détails de l'enquête judiciaire.

Celle-ci nous révéla que le sol de l'endroit où le corps

avait été retrouvé était recouvert de débris calcaires, de gravats. Les excoriations superficielles de la face s'expliquaient donc aisément. En outre, postérieurement à l'autopsie, l'identité du corps était reconnue et de nombreux témoignages établissaient que cet individu était atteint depuis quelques jours d'aliénation mentale avec délire de la persécution.

La connaissance de cette particularité avait pour nous une grande importance. On sait, en effet, l'insensibilité, souvent absolue, que présentent certains aliénés et qui permet de pratiquer sur eux des opérations longues et pénibles sans qu'ils manifestent la moindre douleur.

Rien d'étonnant dès lors que cet individu se soit longuement ouvert la gorge par un premier coup de l'arme tranchante, sans occasionner de lésions mortelles ; et qu'il ait pu ensuite réitérer son geste avec une égale violence et sectionner cette fois sa carotide externe gauche.

Restent les ecchymoses sous-pleurales. Rappelons d'abord leurs dimensions bien supérieures à celles des taches de Tardieu lesquelles ne dépassent guère le diamètre d'une lentille ; disons également que leur valeur diagnostique de l'asphyxie par suffocation n'est point absolue. « Chez les adultes, dit Vibert (1), il n'est pas rare de les rencontrer quand la mort a été le résultat d'un grand traumatisme (chute, écrasement), ou bien d'une attaque d'épilepsie, d'éclampsie, de tétanos, de l'apoplexie consécutive à une hémorragie cérébrale et d'une façon générale quand la mort est survenue rapidement, à la suite d'une cause agissant brusquement. »

Dans ces conditions, le doute qui s'était élevé dans notre esprit lors de l'autopsie se dissipait totalement et nous

(1) VIBERT, Médecine légale, 6^e édit., p. 126.

pouvions conclure formellement au suicide en éliminant toute hypothèse de mort criminelle.

Cette observation nous montre que dans la solution d'un problème médico-légal, l'expert doit, en dehors de ses propres constatations, accorder une importance parfois fort grande aux renseignements qui lui sont fournis soit par un premier rapport médical, soit par le procès-verbal de l'enquête judiciaire.

Il faut se garder en médecine légale, de formuler des conclusions prématurées, basées sur des signes nécropsiques dont la valeur est relative (tels que les ecchymoses sous-pleurales). C'est en rapprochant et en coordonnant les divers éléments du problème posé, que l'on arrive à une solution conforme à la logique et à la vérité et qu'on évite des erreurs dont nous n'avons pas besoin de souligner la gravité et les conséquences.

L'observation suivante montre aussi l'importance des lésions que l'on peut rencontrer dans le suicide par coup de couteau.

Le 23 juin 1889, au matin, on trouve dans un petit bois, à Joinville-le-Pont, le cadavre d'un homme d'une cinquantaine d'années, le sieur X... Il avait une vaste plaie au cou. Le corps était complètement déshabillé, mais les vêtements exempts de toute tache de sang, se trouvaient placés sur les jambes et la partie inférieure du tronc. A côté de la cuisse droite, était un grand couteau de cuisine ensanglanté. A côté du cou, un petit trou avait été creusé récemment dans la terre, et une partie du sang de la plaie s'y était accumulée. A une dizaine de mètres plus loin, un autre trou fraîchement creusé contenait la pipe, le porte-monnaie et divers objets ayant appartenu au défunt. L'enquête

policière montra qu'il s'agissait d'un suicide accompli par un aliéné.

Le suicide étant établi, il est intéressant d'indiquer quelle était la profondeur de la plaie. Elle avait divisé toutes les parties molles des parties antérieure et latérales du cou, jusqu'à l'aponévrose prévertébrale qui était entamée. Les jugulaires, les carotides, la membrane thyroïdienne étaient complètement sectionnées, la grande corne droite de l'os hyoïde était fracturée. Après s'être fait cette blessure énorme, le sieur X... avait pu encore replacer le couteau à l'endroit où il a été retrouvé.

Une autre particularité mérite d'être indiquée. Il n'y avait aucune trace d'épanchement sanguin sur les lèvres de la plaie, ni dans les interstices musculaires. Mais on trouvait des caillots sanguins moulés dans les ramifications bronchiques, et dans *l'estomac*, vide d'aliments *130 grammes de sang en partie coagulé*. Cette circonstance suffisait à prouver que la *blessure avait bien été produite pendant la vie* (1).

Signalons le cas extraordinaire suivant de suicide par section complète du cou, qui montre le degré d'originalité que peut atteindre un suicide chez un aliéné désirant se sectionner le cou d'une manière complète (1) :

Un français nommé C..., vient de se suicider à X... Ce malheureux était atteint de délire religieux. Bizarre à l'excès dans son fanatisme, il pratiquait l'usage du maigre,

(1) Ch. VIBERT, Suicide par section du cou simulant l'homicide. Ann. d'H. P. et M. L., t. XXIV, p. 175.

(2) Ann. médico-psychologiques, 4^e série 1863, t. II, p. 155.

d'une façon assez singulière. Les jours gras, il mangeait régulièrement un poulet entier, auquel, sous peine de damnation, il fallait toujours le même poids, il en était de même les jours maigres, pour le poisson. Il vivait absolument seul, et personne ne pénétrait chez lui. Depuis quelques jours, comme on ne l'avait pas vu sortir, on avertit la police qui força le domicile. On aperçut alors le cadavre de C..., la tête séparée du tronc. Il s'était guillotiné lui-même. On trouva, en effet, dans l'ouverture d'une porte, un appareil fort ingénieusement construit, muni d'une hache pendante qui glissait entre deux coulisses, par l'échappement brusque d'un ressort facilement maniable, l'individu avait opéré la section du cou lui-même. Le testament a fait voir que C... travaillait depuis deux ans à ce singulier genre de mort.

Dans un cas intéressant de suicide, observé par M. le Professeur Parisot et nous-même, chez un aliéné, qui s'est plongé dans la région du cœur un couteau de poche mesurant 21 centimètres de longueur, 4 centimètres du manche émergeaient seulement de la plaie ; on verra, d'après cette observation, qu'un individu peut employer pour se suicider une violence telle, qu'à première vue le diagnostic d'homicide pouvait être posé.

Le 4 octobre 1909, était transporté à l'Institut anatomique le cadavre d'un nommé H..., garçon de culture, âgé de 40 ans, ayant succombé dans les conditions suivantes : il se trouvait dans les champs et conduisait l'attelage d'une charrue, quand tout à coup son compagnon qui tenait les manchons de la charrue, le vit tomber en arrière sur le dos, ne donnant plus

signe de vie. Un couteau était profondément enfoncé dans la région du cœur. Le couteau avait pénétré à une telle profondeur que le suicide fut difficilement admis, et M. le Professeur Parisot fut chargé de pratiquer l'autopsie :

Les vêtements composés d'une flanelle, d'une chemise, d'une veste, sont entr'ouverts sur le devant de la poitrine. Le pantalon et la veste sont souillés de boue à la partie postérieure.

Un couteau à manche en corne est enfoncé profondément dans la région du cœur (planche IV) ; le manche sort de la plaie d'une longueur de 4 centimètres. Autour de la plaie on trouve du sang coagulé, qui a coulé sur la partie supérieure du thorax vers la tête. Du sang imbibe la flanelle et surtout le côté gauche de la chemise.

Les deux mains, surtout la droite, sont maculées de sang.

Le manche du couteau qui se trouve planté à gauche du sternum dans le quatrième espace intercostal, émerge de la plaie de 4 centimètres seulement ; la largeur de la main droite est de 9 centimètres. La largeur de la plaie, le couteau y restant fixé mesure 20 millimètres. L'orifice d'entrée est un peu en-dessous d'une ligne horizontale passant par le téton gauche et à 7 centimètres en avant de lui.

Le couteau est retiré de la plaie, il mesure 21 centimètres de longueur, dont 17 avaient pénétré dans le thorax ; sa largeur est de 2 centimètres pour la lame, et 18 millimètres pour le manche. Son épaisseur est de 14 millimètres.

Le péricarde présente à sa partie antérieure, une plaie de 22 millimètres. Le ventricule droit à l'origine de l'artère pulmonaire porte une plaie linéaire de 24 millimètres, le ventricule gauche une plaie de même dimension et le péri-



Pl. IV

carde à sa partie postérieure, une plaie de 28 millimètres.

L'hypothèse d'un suicide était-elle admissible ? Et dans ce cas comment admettre que l'individu lui-même ait pu enfoncer le couteau à une telle profondeur ?

L'absence de traces de lutte, l'écartement des vêtements, la disposition du sang qui s'était écoulé en avant de la poitrine et vers le haut, la présence de la boue à la partie postérieure du corps, nous autorisent à admettre l'hypothèse d'un suicide. Et étant donné qu'il n'y avait autour du cadavre aucun objet ayant pu servir de point d'appui à H..., on est obligé d'admettre le suicide par coup de couteau donné avec une violence considérable.

Il s'agissait donc bien d'un suicide, mais d'un suicide d'aliéné ; nous en trouvons une preuve dans une lettre signée par lui, et qui fut trouvée enfermée dans une boîte d'allumettes placée dans sa poche. Nous en extrayons le passage suivant, adressé à son patron :

« Vous voulez faire de moi un esclave, m'envoyer au bain, jusqu'à me faire passer pour fou. Un jour votre conscience vous reprochera cela ; de la manière dont vous vous y êtes pris je ne puis plus trouver de travail, je voulais aller chez M. J... il ne veut plus de moi rapor à la voi des journaux, cela est infâme de votre part. »

Il s'adresse ensuite à une bienfaitrice en ces termes :

« J'aurais voulu racheter un peu ma faute, mais je ne puis, personne ne me veux plus, et cependant je suis plein de force et de toute la bonne volonté ne me manque pas, mais j'aime mieux en finir avec la vie, je vous demande pardon ainsi qu'à tout le monde. J'ai

550 francs, personne ne les aura, ce sera les démolisseurs qui les aurons. »

Nous avons en outre appris que le patron de H... le trouvait bizarre et avait remarqué qu'il était sombre et parlait très peu depuis quelque temps.

De plus, cet individu avait été condamné à deux ans de prison pour incendie volontaire.

Les suicidés dirigent ordinairement leurs coups sur un organe vital au premier chef ; ils essayent constamment d'atteindre le cerveau, le cœur ou les gros vaisseaux du cou ; les observations précédentes et celles qui vont suivre le prouvent ; le meurtrier ne peut pas toujours atteindre ces régions et l'arme frappe souvent au hasard. Nous verrons cependant des individus se frapper dans des régions rarement recherchées dans le suicide, aussi devons-nous placer l'arme dans la main du sujet pour voir si elle peut atteindre la blessure.

Vibert dit que le suicide par instrument tranchant a lieu ordinairement par section de la partie antérieure du cou, et Hoffmann (1), de Vienne, nous indique comment ce suicide s'exécute : « Les suicidés se sectionnent ordinairement le cou la tête penchée en arrière. Ils placent le couteau tenu dans leur main droite contre le sterno-cleïdo-mastoïdien gauche et en haut et tirent d'un seul trait à droite. Le trajet de la plaie est donc un peu oblique. Il n'est pas rare cependant de trouver des sections horizontales. Si la direction oblique de la plaie est très prononcée, l'extré-

(1) HOFFMANN, Nouveaux éléments de médecine légale 1881.

mité la plus élevée de la plaie sera le point de départ.

« Le couteau ne passe qu'exceptionnellement au-dessus de l'os hyoïde. Il peut arriver jusqu'à la colonne vertébrale.

« La direction des plaies dans le suicide est donc, en général, de gauche à droite, de haut en bas et d'arrière en avant.

« Souvent il y a plusieurs blessures, quelques-unes de peu d'importance sont parallèles à la blessure principale, le suicidé s'y reprenant à plusieurs fois.

« Chez les gauchers, la blessure aura les caractères inverses. »

Si le suicide par instruments tranchants a lieu souvent par section du cou, l'individu qui veut se suicider cherche également à atteindre la région du cœur ; s'il se frappe de la main droite la direction du coup, qui nous sera donnée avec une précision relative par l'autopsie et par l'examen de la plaie, sera le plus souvent d'avant en arrière et de droite à gauche ; la direction sera ordinairement de gauche à droite chez les gauchers.

Vu la diversité des circonstances dans lesquelles les coups sont frappés dans l'homicide et dans le suicide, la direction des coups ne peut constituer un élément certain de diagnostic différentiel.

Nous allons, en effet, rapporter une observation du docteur Dufour (1), de Marseille, relative à une tentative de suicide simulant une tentative de meurtre, qui démontrera qu'un individu droitier peut se faire

(1) Ann. H. P. et M. L., t. XXI, p. 398.

une blessure ayant une direction anormale. Il s'agit d'une blessure siégeant au niveau du cou et à droite :

Nous sommes requis à l'effet d'examiner le nommé Paul V..., âgé de vingt-trois ans, que l'on a trouvé dans une chambre de la rue du Baignoir, 20, porteur d'une large et profonde plaie de la région cervicale droite.

Nous trouvons le blessé, étendu sur le parquet d'une petite chambre meublée, en proie à un délire violent au point qu'il faut deux hommes vigoureux pour le maintenir. Il porte au cou une plaie horizontale, partant de la pomme d'Adam et s'étendant à *droite* jusqu'au muscle sterno-cléido-mastoïdien. La peau, le tissu cellulaire, les plans musculo-aponévrotiques superficiel et moyen sont sectionnés ; on aperçoit au fond de cette plaie béante la carotide droite mise à nu.

L'hémorragie n'a pas été très abondante et a complètement cessé au moment où nous examinons le blessé.

Sur le parquet souillé de larges taches de sang, nous ramassons un revolver calibre 7 millimètres, dont les cartouches sont vides, et un mauvais couteau de poche tout rouge de sang.

C'est au bruit des détonations venant de cet appartement, que les voisins sont accourus avec des sergents de ville et ont découvert V... dans l'état que nous venons de décrire. Mais, circonstance intéressante, dans une pièce voisine et communiquant avec celle où gisait le blessé, deux individus cherchaient à se dissimuler, l'un sous un lit, l'autre derrière un meuble, en entendant venir du secours.

Ces deux individus sont immédiatement arrêtés et on nous demande, pour maintenir ou non leur arrestation, de déposer au plus tôt un rapport *pour établir s'il y a tentative de meurtre ou de suicide.*

Il n'y'a pas lieu en l'espèce de tenir compte des déclarations incohérentes du blessé qui est en pleine crise de délire alcoolique ni de celles des individus arrêtés, témoins intéressés de la scène qui s'est passée.

Ces deux derniers ne présentent aucune blessure et leurs mains ni leurs habits ne sont tachés de sang.

Nous nous rendons bien vite compte de l'absence de gravité de la plaie de V... malgré son étendue ; aucun organe important n'a été lésé ; un fragment du bord supérieur droit du cartilage thyroïde a été détaché sur une longueur de 5 à 6 millimètres et une largeur de 2 millimètres.

Le couteau qui est présumé avoir servi à produire la plaie est une arme très inférieure et très peu tranchante. Il a donc fallu déployer une force considérable pour l'enfoncer profondément et pour sectionner les parties molles du cou sur une longueur de 6 centimètres.

De plus, la plaie siège à droite et le blessé n'est pas gaucher : or, dans la plupart des suicides à l'aide d'un rasoir ou d'un couteau, la plaie siège sur le côté gauche et la région antérieure du cou.

C'est dans cette position, en effet, que l'avant-bras se trouvant tendu horizontalement, la main a le plus de force pour appuyer sur l'instrument tranchant et l'enfoncer profondément dans les chairs. Chez les gauchers, c'est le côté droit du cou qui est le plus intéressé. Or, V... n'étant pas gaucher, il semble donc plus probable qu'il a reçu le coup d'un tiers, plutôt qu'il ne se l'est donné lui-même.

Toutefois nos conclusions ne sont pas affirmatives, et après avoir exposé les considérations précédentes, nous disons finalement « que les constatations médicales plaideraient plutôt en faveur d'une tentative de meurtre que d'une tentative de suicide ; mais que cette dernière hypothèse n'est pas impossible ». La blessure de V... n'ayant pas eu de suites fâcheuses, le juge d'instruction accepta

comme vraie la version des deux individus arrêtés et qui était la suivante :

V... se trouvait être un de leurs meilleurs amis et, pendant deux jours, ils s'étaient livrés tous les trois à de fréquentes libations. A la fin du repas de midi, V..., pris soudain d'un accès de délire alcoolique, s'était emparé d'un revolver et avait tiré à tort et à travers dans l'appartement commun. Les deux autres convives s'étaient alors dissimulés comme ils avaient pu dans une chambre voisine pour éviter les balles ; et pendant ce temps V..., croyant peut-être les avoir blessés ou tués, ou bien même agissant sans savoir ce qu'il faisait, s'était porté au cou un violent coup de couteau.

En admettant l'authenticité de cette version singulière, mais après tout possible, que serait-il arrivé si V..., se fût tranché la carotide et si la mort eût été instantanée ? La situation de ses deux amis, se dissimulant dans une pièce voisine, eût semblé bien suspecte à la justice, et, les constatations médicales n'étant guère en faveur d'un suicide, il est probable qu'ils eussent été bel et bien condamnés comme coupables du meurtre de V...

Cette observation est donc doublement intéressante.

En premier lieu, elle montre qu'un individu non gaucher peut se suicider en se sectionnant exclusivement le côté droit du cou, tandis que c'est le côté gauche qui, d'ordinaire, est intéressé en pareil cas. Elle montre en outre que, quelles que soient les conclusions auxquelles aboutit l'examen médico-légal, ces conclusions ne doivent pas être rédigées dans un sens trop exclusif et trop absolu.

Le suicidé peut employer les instruments tranchants après avoir tenté de se donner la mort par un

autre moyen, pendaison, revolver, etc... Citons une observation due au professeur Lacassagne et publiée par le docteur Vignié :

Le nommé G... est trouvé dans son domicile ; le corps est dans le décubitus latéral gauche, à terre et devant le visage gisent un revolver et un rasoir ouvert.

Il présente une énorme blessure au cou et une plaie par coup de revolver dans l'oreille droite. La plaie par instrument tranchant est ovoïde et transversale, l'angle gauche est plus aigu que l'angle droit ; elle mesure 9 centimètres de longueur et 6 de largeur ; la section a passé entre le cartilage thyroïde et l'os hyoïde. Les vaisseaux de la moitié gauche du cou ont été respectés ; à droite, les veines et les artères ont été ouvertes.

G... a succombé aux suites d'une blessure de la gorge qui a ouvert la plupart des gros vaisseaux du côté droit du cou. Cet homme s'est lui-même fait avec un rasoir cette blessure.

Nous trouverons également dans l'observation suivante un exemple remarquable de suicide dans lequel l'individu s'est donné vingt et un coups de couteau sur le corps, six coups de hache au niveau du crâne et tiré quatre coups de revolver, produisant un ensemble de lésions qui pouvaient facilement faire songer à un homicide.

En juin 1900, on trouva dans une maison de Barcelone, quatre cadavres : ceux des époux X... et de leur fille, une enfant de quelques mois, et de P... auquel ils louaient une chambre. Sur les lieux, on ne trouva d'abord qu'une hache et les coups de cet instrument expliquaient très bien la

mort de X..., de sa femme et de leur fillette, cette dernière ayant pu par surcroît être suffoquée. Mais le cadavre de P... présentait des lésions extraordinairement nombreuses et variées au point que d'emblée, on pouvait affirmer que la hache ne pouvait les avoir déterminées toutes.

Le cadavre de P... présentait 21 plaies par instrument tranchant (couteau, canif ou instrument analogue) peu graves, situées 17 au côté droit du corps, 2 à la région occipitale, 1 au pariétal gauche, 1 transversale à l'axe de la tête. Il existait, en outre, 4 plaies par arme à feu : 3 au sein gauche, 1 à la région sus-hyoïdienne gauche. Elles étaient peu graves et avaient été produites par un revolver de 5 millimètres.

Sur la tête existaient 6 plaies contuses antéro postérieures ayant produit des fissures du crâne, l'une d'elles intéressant toute l'épaisseur de l'os et ayant déterminé une solution de continuité de 9 millimètres de diamètre par laquelle sortait la masse cérébrale. Il existait de plus une hémorragie interméningée. Ces 7 plaies avaient été évidemment produites par un instrument lourd, avec des arêtes tranchantes, comme c'est le cas pour une hache. Les blessures du crâne pouvaient toutes être considérées comme ayant pu déterminer la mort.

Les médecins légistes furent d'avis qu'il s'agissait d'un suicide. Cette opinion fut corroborée dans la suite par le fait que l'on trouva, dans l'appartement, deux couteaux, un revolver et une lettre écrite par P... lui-même, qui s'avouait être l'auteur de ce drame épouvantable.

De l'avis des médecins, P... s'était servi, pour se tuer, tout d'abord des couteaux et du revolver, puis

de la hache qui avait causé les blessures réellement mortelles (1).

Plus extraordinaire encore est le suicide d'une aliénée observé par le docteur Laugier (1). Nous nous contenterons de citer les principaux traits de cette observation dans laquelle on verra que la vigueur et l'absolue insensibilité réunies chez un aliéné peuvent lui permettre de mettre fin à ses jours par des procédés devant lesquels un assassin même reculerait.

Une femme de 63 ans, connue dans son entourage pour ses bizarreries de caractère ayant manifesté plusieurs fois, à la suite de tourments d'affaire, son intention d'en finir avec la vie, avait été trouvée morte dans sa chambre, *sans qu'aucune trace d'effraction ou de lutte indiquât l'intervention d'un meurtrier*. Néanmoins, les blessures auxquelles elle avait succombé étaient en si grand nombre et de telle nature qu'il avait, tout d'abord, semblé impossible qu'elle eût pu en être l'auteur. L'autopsie m'a démontré, au contraire, et de la façon la plus manifeste, qu'il y avait eu *non pas assassinat, mais suicide*.

J'ai constaté, sur le cadavre, cent quarante-cinq plaies par instrument aigu et tranchant, distribuées ainsi qu'il suit, à savoir :

- 24 dans la région temporale droite ;
- 8 dans la région sous-hyoïdienne ;
- 2 au sein droit ;
- 2 au sein gauche ;
- 70 dans la région abdominale antérieure ;

(1) F. Bravo y Moreno et J. Valarrasa o Arenyas (Barcelone). — Relación de las autopsias judiciales de tres asesinatos y un suicidio. El protocolo Medico Forense. Teruel 1909

(2) Ann. H. P. et M. L., t. XXI, p. 398.

12 dans la région crurale droite ;
8 dans la région crurale gauche ;
8 à la partie inférieure de la face antérieure de l'avant-bras droit ;

11 dans la région correspondante de l'avant-bras gauche.

Et comme il faut y joindre 12 coupures de la paume de la main droite que la veuve B... s'était faites involontairement en maniant l'instrument vulnérant, nous arrivons à un total de 157 plaies.

Des 145 plaies volontaires dont nous venons d'indiquer le siège et qui sont groupées, ainsi qu'il est facile de s'en rendre compte, dans des régions connues des personnes, même les plus étrangères à l'anatomie, comme dangereuses, les unes, à cause des vaisseaux qui la traversent, les autres, en raison de la présence des viscères profondément situés, 122 n'étaient que plus ou moins superficielles, 17, au contraire, atteignaient une profondeur variant de 1 à 4 centimètres, et quant aux six autres, siégeant au cou et dans la région péri-ombilicale, elles étaient non seulement *pénétrantes*, mais *viscérales*, et elles impliquaient une violence et une énergie croissantes dans l'exécution, dont on a peine à se faire une idée.

Il me suffira de dire que la plaie principale du cou, béante jusqu'à la colonne cervicale, s'accompagnait de deux sections verticales du corps thyroïde — preuve que l'instrument vulnérant, après une section horizontale à plein tranchant, avait été plongé, à deux reprises, par sa pointe, au travers du larynx — et que les cinq plaies de la région ombilicale avaient toutes perforé l'intestin. J'ajoute que, par la plaie, largement ouverte, de huit centimètres de longueur, qui partait de l'ombilic, la malheureuse aliénée avait sectionné au fur et à mesure de leur sortie, sept anses d'intestin grêle mesurant une longueur totale de près de quatre mètres et retrouvées à côté de son cadavre !

Les détails qui précèdent permettent, ce me semble, de reconstituer d'une façon suffisamment exacte cette affreuse scène de carnage. La dame B..., après avoir tenté, sans succès, de s'ouvrir les artères temporale superficielle droite, crurales droite et gauche, radiales et cubitales droites et gauches, avoir cherché à atteindre le cœur et les poumons, s'être littéralement lardé l'abdomen à coups de pointe, s'était ouvert l'ombilic, par une incision verticale de huit centimètres, tranchant, avec une sorte d'ivresse furieuse, les anses intestinales, à mesure qu'elles apparaissaient au dehors, et elle avait mis fin à cette série de mutilations en s'enfonçant, à trois reprises, le couteau dans la gorge.

Il s'agissait d'une femme de soixante-trois ans. L'instrument vulnérant était un couteau de cuisiné de vingt-six centimètres de lame. La scène s'est passée à la lueur d'une bougie allumée par la morte et retrouvée brûlant encore à côté du cadavre — et, pour mieux assurer ses coups, en se frappant à nu, la dame B... avait eu le sang-froid de relever ses vêtements.

Il existe certains cas où il est très important d'établir si le blessé a pu accomplir certains actes avant de mourir, on nous demandera s'il a pu faire ou non un certain trajet ; car si nous établissions que le cadavre a été déplacé, le suicide ne pourrait être admis. Il nous faut indiquer ici que dans certains cas de blessures très graves le blessé a pu marcher : Une femme ayant la carotide primitive et toutes ses branches principales sectionnées put parcourir trente-sept mètres (Amos). Tourdes cite un homme qui, ayant la carotide coupée, descendit un escalier et fit encore quelques pas.

On nous demandera également si le blessé, bien que présentant des lésions graves du cou, a pu prononcer certaines paroles ou crier. On sait que lorsque la trachée a été coupée et le larynx ouvert aucun son ne peut être émis ; mais un cri peut être poussé au moment de l'ouverture des voies aériennes. La flexion du cou qui rapproche les parties sectionnées, lorsque les nerfs récurrents sont ménagés, permet de parler.

Dans d'autres cas, par suite de la situation particulière de la section du cou et des voies aériennes, cette section siégeant au-dessus des cordes vocales, par exemple, l'émission des cris est possible. M. le Professeur Parisot, dans une expertise pour laquelle nous l'avons assisté, eut à établir ce fait. Avant de donner le rapport d'autopsie rappelons les commémoratifs de cette affaire :

Le 24 novembre 1911, on trouva dans sa chambre la femme M... étendue sur le plancher, la gorge tranchée. Le plus grand désordre régnait dans la pièce : les meubles étaient éclaboussés de sang, les rideaux étaient arrachés ; la victime n'avait succombé qu'après une lutte acharnée. A côté de son cadavre se trouvait un petit couteau de cuisine.

D'après le dossier, l'affaire se serait passée ainsi :

Le sieur X... était venu pour réclamer de l'argent que la femme M... lui aurait dérobée antérieurement ; celle-ci s'étant fâchée il lui porta des coups de poing dans l'estomac, la frappa avec ses souliers, puis tous deux roulèrent à terre. La femme M... mordit son adversaire à la main, et se releva en tenant un petit couteau de cuisine. Aussitôt X... tira son couteau de

poche, l'ouvrit et en porta à sa victime plusieurs coups à la gorge. Il allait se laver les mains et sortir quand la femme M... se mit à crier devant la fenêtre. C'est là qu'il la saisit par le corsage afin de la ramener à la renverse au milieu de la chambre. Se jetant de nouveau sur elle, X... ouvrit le poingon de son couteau et lui en porta encore plusieurs coups, puis il s'enfuit. La femme M... eut encore la force de fermer la porte de la chambre derrière son meurtrier, et d'aller jusqu'à la fenêtre pour appeler du secours ; mais là, perdant son sang en abondance, elle s'affaissa morte au pied du canapé.

RAPPORT DE M. LE PROFESSEUR PIERRE PARISOT.

Examen du corps et des lieux. — La chambre est dans le plus grand désordre. Du sang est répandu sur le sol, notamment au pied du lit ; du sang, sous forme de gouttelettes est noté sur le bois du lit et le mur ; du sang sous forme de taches plus ou moins étendues, se trouve sur la porte, sur le divan, sur les carreaux.

Le cadavre est placé près de la fenêtre appuyé contre le divan.

La distance qui sépare l'endroit marqué par une mare de sang au pied du lit, de l'endroit où le cadavre a été retrouvé est de 3 m. 80. On verra dans la suite, d'après les lésions, que cette femme a pu, après avoir été frappée, franchir cette distance.

Les vêtements de la femme M... sont déchirés par places, il y a donc eu lutte, et la déchirure du col au niveau des agrafes indique qu'il y a eu tentative de strangulation à l'aide de ce col.

La figure, le cou, les mains sont maculés de sang, les cheveux en désordre ; de nombreuses blessures siègent à la tête, à la face, au cou, etc...

Autopsie. — On trouve des blessures faites par les ongles, les autres par un corps contondant, d'autres enfin par un instrument tranchant et piquant, tel qu'un couteau. Les blessures les plus importantes se répartissent sur le côté droit du visage et de la tête ; on en trouve également sur tout le cuir chevelu. Les plaies les plus intéressantes sont les deux plaies par instrument tranchant et piquant, trouvées au niveau du cou, à droite ; leur direction est horizontale ; elles sont parallèles entre elles et séparées par un lambeau de peau de 3 millimètres de hauteur ; la plaie supérieure mesure 4 cent. 5, et l'inférieure 3 centimètres. Les carotides et les jugulaires ne sont pas intéressées par les plaies sus-indiquées ; ainsi s'explique la possibilité pour la femme M.... d'avoir pu aller du pied du lit à la fenêtre et même d'avoir pu fermer la porte ; la mort n'a pas été très rapide comme dans la section des carotides. Les vaisseaux intéressés dans les blessures du cou sont de calibre secondaire ; il s'est produit cependant une hémorragie dans la profondeur des muscles du cou.

Le larynx est sectionné au-dessus des cordes vocales, la section est irrégulière comme si le coup de couteau avait été donné avec hésitation ; une autre section, correspondant à la plaie supérieure, se remarque sur la membrane thyro-hyôïdienne. Les cordes vocales ayant été respectées, il est admissible que la femme M.... ait pu faire entendre quelques cris. Par la section du larynx, le sang a pénétré dans la trachée et les bronches, déterminant ainsi la mort non seulement par hémorragie, mais aussi par asphyxie.

Bien que la porte fut trouvée fermée à l'intérieur, l'idée de suicide ne nous vient pas à l'esprit.

Conclusion. — Etant donné le désordre des lieux et les traces de lutte constatées sur le cadavre au cours de l'expertise, l'hypothèse d'un homicide est seule admissible.

L'inculpé a d'ailleurs fait des aveux complets.

Cette observation nous montre que la victime, portant au cou une blessure intéressant les voies aériennes, mais siégeant au-dessus des cordes vocales, a pu parfaitement crier, et qu'en outre, malgré la gravité de la blessure et l'abondante hémorragie qui en fut la conséquence, cette femme a pu aller du lit à la fenêtre et de la fenêtre à la porte qu'elle a même pu fermer, puis venir ensuite expirer auprès de la fenêtre.

Nous trouvons également dans cette observation une caractéristique des plaies par instruments tranchants faites par des assassins peu habitués à manier le couteau ; les bords en sont irréguliers, il y a eu hésitation.

Si les individus qui se suicident ou tentent de se suicider dirigent le plus souvent leur arme dans la région du cou ou du cœur, nous pouvons observer des cas où les coups sont portés dans la région abdominale, comme dans l'observation du Docteur Laugier, que nous rapportons plus haut, ainsi que dans les quelques cas suivants cités par Moreau, de Tours :

Une femme de 38 ans, atteinte de monomanie du suicide, après s'être, par deux fois, dans un premier accès d'aliénation mentale, fait une plaie pénétrante de l'abdomen, dans un nouvel accès s'arma de ciseaux, et se fit au ventre deux ouvertures, l'une au-dessus, l'autre au-dessous de l'ombilic ; elle sortit l'intestin par la première ouverture et en retrancha dix-sept pouces. On eut grand

peine à la maîtriser. Pendant qu'on la pansait, elle ne manifesta aucune souffrance. Le plus extraordinaire peut-être fut que, malgré la gravité de la lésion et les ressources alors précaires de la thérapeutique chirurgicale, la malade trouva le moyen de guérir de sa blessure (1).

Dans un camp du Midi, pendant la guerre de 1870, un officier fut atteint d'insolation délirante : il s'ouvrit le ventre et en fit sortir les entrailles en criant : « Je suis innocent » (2).

Un cultivateur breton se fendit le ventre, de gauche à droite avec un fort couteau et se coupa deux ou trois morceaux d'intestin qu'il rejeta au loin. Comme le précédent, celui-ci mourut rapidement (2).

Si l'individu choisit la région du crâne, il assure la pénétration de l'instrument en frappant celui-ci d'une main armée d'un corps lourd, tandis que l'autre maintient l'arme ; ce mode de suicide, particulièrement original, se rencontre principalement chez les aliénés, chez lesquels il existe une anesthésie souvent complète qui permet seule d'expliquer ce mode de suicide peu rapide et qui, sans elle, serait certainement très douloureux.

L'observation suivante qui nous a été communiquée par M. le docteur Fistié, médecin légiste à Bar-le-Duc, est un exemple typique de suicide par transfixion, par un couteau, de la boîte crânienne, chez un individu atteint du délire de la persécution.

(1) THIRE, *Ann. médico-ps.*, 1^{re} série, t. VII, p. 48.

(2) HOSPITAL, *Ann. médico-ps.*, 5^e série, t. XIII, p. 14.

*Expertise relative à la mort du nommé G..., âgé de 65 ans,
demeurant à C....*

Il résulte des renseignements fournis, que le 6 juin, les voisins de G..., inquiets de sa disparition insolite, se mettaient à sa recherche et le trouvaient râlant dans sa cave ; il était à demi-couché, la face en avant, reposant sur son bras droit ; les mains étaient remplies de sang, provenant de plaies qu'il portait à la tête ; autour de lui, du sang en assez grande quantité. Aucune trace de lutte nulle part, ni sur lui, ni autour de lui. Auprès du moribond on ramassait un fer à marker les bestiaux, outil tout en fer, composé d'une tige cylindrique assez longue, pointue par un bout pour pouvoir être emmanchée, et terminée à l'autre par une masse carrée de 4 à 5 centimètres de côté, portant en relief sur sa face antérieure les initiales de G... Cette masse était ensanglantée, des cheveux y étaient accolés ; pas d'autre instrument dans le voisinage immédiat du corps. La cave est petite, très basse, un homme de taille moyenne s'y tient à peine debout ; tout au fond se trouve un puits accolé au mur, à orifice très étroit et situé presque au ras du sol. Des empreintes sanglantes ont été relevées sur le mur surplombant le puits et d'autres sur le mur de l'escalier de la cave.

Le blessé succombait deux jours après sans avoir repris connaissance ; les renseignements donnés sur lui s'accordent à le donner comme un individu original ; il passait pour fou. A plusieurs reprises il avait manifesté des intentions de suicide, et la veille même de sa mort, il annonçait qu'il allait en finir, pour échapper, disait-il, aux gendarmes qui devaient venir l'arrêter.

Plusieurs jours après on découvrait dans un grenier, à quelque distance de la cave, une hache appartenant à G..., et portant sur le manche l'empreinte de mains sanglantes.

Autopsie. — Le cadavre qui nous a été présenté est celui d'un homme d'assez grande taille, bien proportionné et vigoureusement constitué. Le corps ne porte extérieurement aucune trace de violences autres que celles décrites ci-dessus et siégeant toutes au niveau du crâne. Pas d'ecchymoses, pas d'excoriations.

L'examen de la tête, seul pratiqué, donne les résultats suivants :

1° Une forte ecchymose de la paupière inférieure droite s'étendant à la racine du nez ;

2° Une plaie d'environ 5 centimètres de longueur, ayant son extrémité inférieure à 2 centimètres environ des arcades sourcilières et suivant assez exactement la ligne médiane de la région frontale. Cette plaie est à bords nets et est due à un instrument tranchant. L'os sous-jacent est intact ;

3° Une plaie du cuir chevelu, longue de 6 millimètres, située à peu près dans le plan médian du crâne, sur une ligne prolongeant la plaie frontale. Cette plaie est pénétrante. Le cuir chevelu est enlevé ; on trouve le crâne nettement ouvert sur toute la longueur correspondant à la plaie cutanée ; c'est une véritable section osseuse nette d'une extrémité à l'autre ; le bord gauche un peu incurvé est légèrement esquilleux ; le bord droit est tout à fait rectiligne. L'écartement maximum des bords est au moins d'un centimètre ; ils se réunissent ensuite à chaque bout dans un angle aigu. L'extrémité antérieure de cette plaie est à 2 centimètres de la suture fronto-pariétale ; l'extrémité postérieure à 5 centimètres de la tubérosité occipitale ; sa direction est parallèle à la suture interpariétale

dont elle suit le bord gauche à moins d'un centimètre de distance ;

4° A 1 centimètre de l'extrémité antérieure de la plaie précédente et perpendiculairement à son bord droit, on trouva implantée solidement dans le crâne avec une saillie très légère au-dessus de la table externe une lame de fer noircie, de 1 centimètre $\frac{1}{2}$ de large, traversant toute l'épaisseur de l'os, sans aucune esquille, et pénétrant à l'intérieur de la boîte crânienne où on l'a retrouvée sous forme d'une lame triangulaire (V. planche V) (1), d'une longueur d'un bon centimètre ; l'extrémité aiguë du triangle manque ; le bord droit est plus épais, le bord gauche touchant sans se confondre avec elle, la plaie voisine, est tranchant. Le bout de fer représente de façon évidente la lame d'un couteau qui, enfoncée dans le crâne, a été cassée net au ras de la table externe ; cette blessure, à la tranche brillante, est de fraîche date. La lame est implantée solidement dans l'os avec une légère inclinaison d'arrière en avant ; il est impossible de la faire bouger, de l'extraire même avec de fortes pinces.

On ne constate pas extérieurement d'autres lésions que celles que nous venons de décrire.

A l'ouverture du crâne, on trouve la dure-mère adhérente à l'os du niveau de la plaie ; entre la dure-mère et la surface encéphalique existe un épanchement sanguin assez abondant collecté surtout à gauche ; les circonvolutions sous-jacentes à la plaie sont légèrement intéressées par le traumatisme ; le cerveau est intact dans tout le reste de sa masse. Il faut noter cependant des méninges un peu épaisses, parsemées de taches laiteuses, avec par places des

(1) Photographie de la face interne de la calotte crânienne de G..., pièce offerte par le Dr Fistié au Laboratoire de médecine légale.

adhérences encéphaliques dénotant des poussées anciennes de méningo-encéphalite diffuse.

A la base du crâne, rien de particulier à noter. Il faut signaler l'amaigrissement assez marqué de la calotte crânienne, surtout au niveau des bosses pariétales.

En résumé, nous nous trouvons en présence de lésions assez complexes. Leur nombre, leur siège, leur forme, les circonstances dans lesquelles ont été faites, les constatations, la personnalité même de la victime, les instruments trouvés près d'elle, constituent un ensemble de faits bizarres, difficiles à expliquer et à associer entre eux.

Il est hors de doute que la plaie frontale et celle du sommet de la tête ont été faites avec un même instrument et successivement ; leur aspect, leurs dimensions, leur direction sont semblables ; toutes deux proviennent d'un instrument tranchant, probablement la hache trouvée dans un grenier peu éloigné de la cave. C'est une hache du genre de celles qui servent à fendre le gros bois ; elle est assez lourde, le fer a une longueur de 21 centimètres, sa plus grande largeur au niveau du bord tranchant est de 9 centimètres ; le manche a 63 centimètres de long ; sur le fer, il existe des traces bien nettes de sang ; le manche est également ensanglanté.

La lésion la plus grave est celle du sommet de la tête ; elle intéresse le crâne, les enveloppes encéphaliques et le cerveau lui-même ; elle a causé une forte hémorragie : c'est elle qui a été la cause déterminante de la mort.

La présence de la lame de fer dans le crâne est plus anormale et plus inconpréhensible. On admettra difficilement qu'une lame aussi mince ait pu traverser d'un coup une paroi osseuse résistante comme celle du crâne. Cette paroi présente bien par places une minceur anormale, mais c'est au niveau des sutures pariétales que l'instru-



ment a pénétré, par conséquent, dans une des portions les plus résistantes. Il est impossible d'admettre qu'un couteau, fût-il même plus solide que celui-ci, et quelle que soit la violence avec laquelle il serait manié, puisse pénétrer d'emblée et aussi profondément dans le crâne ; un coup de ce genre produit une plaie plus ou moins longue du cuir chevelu, quelquefois une éraillure de la table externe, mais avec la résistance que lui oppose la paroi osseuse, il a plutôt tendance à glisser sur cette surface arrondie, dure et lisse. Le coup a dû être porté avec une légère inclinaison d'arrière en avant, presque perpendiculairement au crâne, la lame étant tenue transversalement à la ligne médiane de la tête ; on ne voit pas bien la position de la main qui aurait dirigé ce coup. Le fait s'explique plus aisément si l'on fait intervenir le fer à marker ramassé auprès du corps et sur lequel on a trouvé du sang et des cheveux. On peut admettre que cette lame de couteau sans manche étant tenue perpendiculairement au crâne, la masse qui termine l'instrument a servi de marteau pour l'enfoncer. Si l'on admet cette hypothèse qui paraît la seule raisonnable, on comprend qu'il soit difficile de songer à un meurtre.

Faut-il donc attribuer à un suicide la mort de Garnier ? Une autre difficulté se présente alors, c'est la plaie de la tête, celle qui a entraîné la mort. Il a fallu pour la produire, un coup violent porté avec un instrument tranchant manié d'une main vigoureuse, qui semble bien être la hache ensanglantée saisie au cours de l'enquête. Garnier a-t-il pu se servir lui-même de cette hache et la manœuvrer avec assez de force ? Cela paraît assez difficile, ce n'est cependant pas impossible ; la plaie frontale et celle du sommet de la tête présentent à peu près les mêmes dimensions et sont situées dans un même plan longitudinal.

Garnier saisissant cette hache à deux mains (empreintes sanglantes sur le manche) a pu la laisser retomber, l'abattre à deux reprises sur sa tête. Dans ces conditions, le bord tranchant de la hache ne pouvait porter en entier, sa partie inférieure seule aurait atteint le crâne en y pénétrant comme un coin. Ainsi s'expliquerait la similitude entre les deux blessures, leurs dimensions et leur situation dans un même plan.

Evidemment, ce ne sont là que des hypothèses, mais si l'on veut apprécier sainement des faits aussi anormaux, il est un point capital qu'il faut faire bien ressortir, c'est l'état mental de la victime. Il est bien établi par l'enquête que Garnier ne possédait plus l'intégrité de ses facultés et l'on sait jusqu'à quel point peuvent être poussées l'insensibilité à la douleur, l'anesthésie cutanée chez les aliénés ; l'on sait aussi avec quelle ténacité, avec quelle ingéniosité, ou plutôt quelle étrangeté de procédés, ils peuvent poursuivre et réaliser une idée de suicide. Les recueils spéciaux abondent en faits curieux, invraisemblables de malheureux mettant fin à leurs jours par des moyens qu'une imagination malade peut seule rêver et apportant dans l'exécution de leurs projets une volonté, une indifférence à la douleur que peuvent seuls expliquer les troubles profonds de la sensibilité qui accompagnent les psychoses. G... était un aliéné ; il avait manifesté avant sa mort des idées de persécution et de suicide ; ce point établi par l'enquête est corroboré d'ailleurs par les lésions de méningo-encéphalite diffuses décelées par l'autopsie. On serait donc en droit de faire rentrer son décès dans la catégorie des suicides extravagants auxquels nous avons fait allusion. La diversité même des lésions et des armes employées est un argument sérieux contre l'idée de meurtre.

Il s'agirait donc d'un suicide étrange, accompli en plusieurs actes, qui auraient eu pour théâtre successif le grenier (où l'on a retrouvé la hache sanglante ainsi qu'une corde toute neuve achetée la veille) et la cave. G... décidé d'en finir, serait monté dans son grenier où, entre la pendaison et la hache, il aurait choisi cette dernière avec laquelle il se serait frappé à la tête. La mort n'étant pas immédiate, il aurait eu la force de descendre à la cave ; dans quel but ? Peut-être pour se précipiter dans le puits qui s'y trouve et où des traces de sang indiquent son passage. C'est là, en tous cas, qu'il a dû s'enfoncer dans le crâne la lame de couteau et c'est là qu'il est tombé terrassé par l'hémorragie et le choc cérébral.

Conclusions. — L'autopsie du corps de G... démontre que la mort a été causée par des lésions traumatiques du crâne :

- 1° Une plaie frontale cutanée ;
- 2° Une plaie crânienne pénétrante qui a été la cause déterminante du décès ;
- 3° Une autre plaie crânienne déterminée par une lame de couteau dont un fragment est resté fixé dans l'os.

De l'ensemble des circonstances qui ont entouré le décès, de l'examen même de ces diverses plaies et des instruments qui ont servi à les produire, et en tenant compte de l'état mental de G..., il semble que, suivant toute probabilité, l'idée d'un meurtre doive être écartée. Si singuliers, si complexes que paraissent les faits, ils cadrent mieux avec l'idée d'un suicide accompli dans des formes tout à fait anormales, au cours d'une crise d'aliénation mentale. Nous concluons donc, tout en faisant des réserves nécessaires dans une affaire aussi exceptionnelle, que le nommé G... a pu produire lui-même sur sa personne les lésions qui ont entraîné sa mort et par suite mettre volontairement fin à ses jours.

Ajoutons que si dans cette affaire les empreintes sanglantes déposées sur le manche de la hache avaient été comparées à celles de G... et reconnues identiques, le suicide aurait pu être admis d'une manière plus absolue.

Le docteur Dubrisay (1) rapporte une tentative de suicide non moins originale ; ce qu'il y a de plus extraordinaire dans cette observation, c'est que l'individu ne fut nullement incommodé :

Un homme se dispute avec sa femme, au sujet de l'argent du loyer qu'il ne pouvait lui fournir ; accablé d'injures par elle, il voulut en finir avec la vie. Prenant un petit poignard long de 10 centimètres, il le plaça verticalement sur le sommet de la tête et à l'aide d'un marteau, il l'enfonça jusqu'à la garde. Cela fait, il n'en fut pas plus avancé. Non seulement, il ne lui était pas venu d'argent, mais il n'en avait pas fini avec l'existence et il ne se sentait rien. Il avait toute son intelligence et l'usage de ses sens et de ses mouvements. Très embarrassé d'avoir si mal placé son poignard, il dut faire appeler le médecin qui essaya d'arracher ce couteau de la boîte du crâne, mais tous ses efforts furent infructueux.

On appela M. Dubrisay ; nos deux confrères ensemble ne furent pas plus heureux. Ils soulevaient le malade en tirant sur le manche du poignard, mais l'arme solidement fixée dans les parois du crâne ne bougeait pas. On conduisit le malade dans un atelier du voisinage pour avoir des moyens de traction suffisamment énergiques. Placé entre deux portants ayant dans leur intervalle une forte pince de fer mise en mouvement par une force mécanique, assis

(1) Cité par MOREAU, de Tours, Crimes et Suicides étranges, p. 31.

par terre et bien maintenu, la lame du poignard fut saisie, tirée sans secousse et arrachée, enlevant un peu le malade qui retomba sur le sol. Il se leva aussitôt, se mit à marcher, à causer, et reconduisit M. Dubrisay à sa voiture en lui disant « merci ». La lame de l'instrument était un peu recourbée vers la pointe. On voyait qu'elle s'était heurtée à un corps dur, qui est la fosse occipitale. Le malade resta huit jours à Saint-Louis, sans qu'il se soit développé d'accidents inflammatoires ou paralytiques.

Cette observation paraîtrait invraisemblable, si elle n'était pas publiée par des médecins absolument dignes de foi.

Résumé des principaux éléments du diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide par instruments tranchants, tranchants et piquants à la fois.

Suicide.	Homicide.
<i>Etat des lieux :</i>	<i>Etat des lieux :</i>
Pas de traces de lutte.	Traces de lutte.
Sang répandu avec moins de profusion que dans l'homicide ?	Sang répandu avec abondance, taches de sang sur les meubles, etc. ?
Absence d'empreintes de pas ou de mains sanglantes, ou empreintes identiques à celles du sujet.	Empreintes de pas ou de mains, sanglantes ou latentes différentes de celles du sujet.
Instrument à proximité.	Instrument introuvable (parfois).
L'arme porte des empreintes sanglantes ou latentes appartenant au sujet.	L'arme porte des empreintes sanglantes ou latentes différentes de celles du sujet.
<i>Levée de corps et autopsie :</i>	<i>Levée de corps et autopsie :</i>
Le sujet s'est frappé debout le plus souvent.	Le sujet a été frappé dans la position couchée le plus souvent.
Sang épanché verticalement.	Sang épanché latéralement.
Vêtements en ordre, sans coupure, écartés du niveau de la blessure.	Vêtements arrachés et sectionnés au niveau des blessures.
Empreintes sanglantes pouvant appartenir à la victime, ou absence d'empreintes.	Empreintes sanglantes de mains ne pouvant appartenir à la victime.
Blessure mortelle le plus souvent unique, située en avant, siégeant par ordre de fréquence au cou, dans la région du cœur, du crâne ou de l'abdomen.	Blessures multiples siégeant en avant ou en arrière et ayant une direction quelconque.
Au cou, sa direction est le plus souvent de gauche à droite et d'arrière en avant.	
A la poitrine elle est de droite à gauche et d'avant en arrière le plus souvent.	
Bords le plus ordinairement hésitants sauf pour les instruments très tranchants comme le rasoir.	Bords nets le plus souvent.
Lésions internes susceptibles de pousser au suicide.	Plaies de défense.

RESUME ET CONCLUSIONS

Le diagnostic différentiel de l'homicide et du suicide, par pendaison, submersion, strangulation, armes à feu et armes blanches, est toujours difficile et quelquefois même impossible.

Nous avons réuni et étudié dans notre thèse les éléments qui peuvent, dans l'état actuel de la science, contribuer à la solution de ce problème médico-légal. Voici, sous forme de propositions, le résumé de notre travail :

1° Le médecin légiste devra toujours pratiquer une levée de lieux méthodique, rechercher toutes les traces et empreintes qui pourront éclairer son diagnostic. La levée de corps et l'autopsie seront pratiquées avec le même souci de ne négliger aucun détail. L'aliénation, l'hérédité-suicide, l'imitation, la présence d'infirmités seront des preuves morales favorables à l'idée de suicide.

2° La pendaison suicide sera distinguée de la pendaison homicide et simulée grâce aux données de la

levée de lieux (lutte), de la levée de corps (lien, nœud, sillon) et de l'autopsie qui, dans le cas de pendaison simulée, nous permettra d'établir la cause réelle de la mort. On ne devra pas attacher une valeur absolue au siège des lividités.

3° Pour la submersion, qui est un mode d'homicide rarement employé ou, plus justement, rarement diagnostiqué, le problème consiste le plus souvent à déterminer si l'on se trouve en présence d'un sujet mort par submersion ou si la mort n'a pas précédé l'immersion : l'examen du contenu des bronches et des alvéoles pulmonaires, l'examen cryoscopique du sang et l'étude du plankton cristallin du cœur permettront le diagnostic.

4° La distinction entre l'assassinat et le suicide par strangulation se fera grâce à la levée de lieux, à la levée de corps, à l'examen du moyen de strangulation employé (lien ou mains). La présence d'ecchymoses sous-conjonctivales notables et bilatérales seront caractéristiques de l'homicide.

5° Le suicide par coups de revolver se distinguera de l'homicide par l'évaluation de la distance à laquelle le coup de feu aura été tiré, et quelquefois par sa direction. Les empreintes papillaires déposées sur l'arme constitueront parfois à elles seules un élément de diagnostic certain. La situation de l'arme par rapport au cadavre aura également une grande importance.

6° Les empreintes déposées sur les couteaux, haches, etc... ; la situation des coups portés, leur gravité

parfois, l'état des vêtements et l'aspect des lieux seront les principaux éléments du diagnostic différentiel de l'homicide et du suicide par instruments tranchants et par instruments tranchants et piquants à la fois.

Vu :

Nancy, le 18 juin 1912.

Le Président de la Thèse,

Docteur Pierre PARISOT.

Vu :

Nancy, le 19 juin 1912.

Le Doyen,

GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 21 juin 1912.

Le Recteur de l'Académie,

Ch. ADAM,

Correspondant de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AIGRE. — Meurtre par strangulation et suffocation concomitante (Annales H. pub. et méd. lég., t. XXX, 1893, p. 496).
- ASCARELLI. — Suicidio od omicidio in caso di feriti d'arma du fuoco (Atti Soc. med. legale, anno III).
- BALTHAZARD. — Identification d'une empreinte de main ensanglantée déposée sur un drap (Ann. H. pub. et méd. lég., 4^e série, t. XI, p. 447).
- BALTHAZARD. — Médecine légale.
- BEDIN. — La photographie au laboratoire de médecine légale de l'Université de Nancy, thèse 1909.
- BERTILLON. — Les empreintes digitales (Archives anthropologique criminelle, t. XXVII, n^{os} 217, p. 36).
- BLONDEL (Ch.). — Les automutilateurs. Paris, librairie Rousset, 1906.
- BOUGIER. — Peut-on diagnostiquer la mort par submersion ? Thèse de Paris, 1884.
- BRAVO Y MORENO et J. VILLANA Y ARENIAS. — Relation de trois assassinats et un suicide (Arch. Int. de méd. lég., vol. I, fasc. II, 1910).
- BRIAND et CHAUDE. — Traité de médecine légale, 1880.
- BROUARDEL. — La pendaison, la strangulation, la suffocation.
- CASPER. — Traité de médecine légale, 1883.
- CORIN et GILBERT. — Sur le diagnostic de l'homicide et du suicide (Arch. Intern. de méd. lég., vol. I, fasc. I, p. 69).
- CORIN et STOCKIS. — Recherches sur la submersion (plankton). Congrès de Bruxelles, avril 1910 (Arch. Intern. de méd. lég., suppl. 1910).

- DEVERGIE. — Médecine légale théorique et pratique, 1852.
- DOMINICIS. — Recherches sur la pendaison (Arch. Intern. de méd. lég., vol. I, fasc. III, 1910).
- DUFOUR. — Suicide par ouverture de la gorge à l'aide d'un instrument tranchant (Marseille médical, 15 janvier 1911).
- DUFOUR. — Tentative de suicide simulant une tentative de meurtre (Ann. H. pub. et méd. lég., t. XXI, p. 398).
- FODÉRÉ. — Traité de médecine légale.
- GATTI. — Contribution à la question de l'érection et de l'éjaculation dans la pendaison (Revue mensuelle de la presse italienne, décembre 1910).
- GAULEJAC. — Suicide par coup de feu (Ann. d'H. pub. et méd. lég., fév. 1910, p. 159).
- GENONCEAUX et WELSCH. — Recherches expérimentales sur les procédés destinés à fixer la direction des coups de feu (Arch. Intern. de méd. lég., vol. III, fasc. II).
- GODY, LEBRUN, HEGER-GILBERT. — Sur le diagnostic du crime et du suicide dans les plaies par armes à feu chargées à balles (Arch. Intern. de méd. lég., vol. II, fasc. IV).
- HANNIS GROSS. — Manuel pratique d'instruction judiciaire, p. 230.
- HOFFMANN. — Suicide homicide par strangulation (Annales H. pub. et méd. lég., t. V, 1885, p. 558).
- HOFFMANN. — Nouveaux éléments de médecine légale, 1881.
- HOSPITAL. — Deux suicides bizarres d'aliénés (Ann. de méd. prat., 5^e série, t. XIII, p. 14).
- JOBERT. — Les gauchers comparés aux droitiers aux points de vue anthropologique et médico-légal, thèse de Lyon, 1885.
- LACASSAGNE. — Précis de médecine légale.
- LAFARGUE. — Deux cas de mort criminelle. Pendaison pour simuler un suicide (Ann. H. pub. et méd. lég., 1885, t. XIII, p. 455).
- LAUGIER. — Cas extraordinaire de suicide à coups de couteau commis par une aliénée (Ann. H. pub. et méd. lég., t. XXI, p. 398).
- LEGLUDIC. — Les blessures. Paris, 1905.
- LENIEZ. — Etude médico-légale des lésions du cou au point de vue du diagnostic différentiel entre l'homicide et le suicide. Thèse de Lyon, 1895.
- MASCHKA. — Médecine légale.

- MAHON. — Médecine légale et police médicale. Paris, 1811.
- MINOVICI. — La pendaison (Arch. anthr. crim. et méd. lég., t. XX, n° 142-143).
- MONTAGNÉ. — De la strangulation manuelle. Thèse de Lyon, 1895.
- MOREAU (de Tours). — Crimes et suicides étrangers, 1899.
- NICEFORO. — La police et l'enquête judiciaire, p. 4. Paris, Librairie universelle, 1907.
- NOAILLES. — Contribution à l'étude médico-légale des plaies par armes à feu. Thèse de Paris, 1911.
- ORFILA. — Traité de médecine légale, t. II, p. 380, 1836.
- PARISOT (Pierre) et BLUM (Paul). — Pendaison suicide et lésions de la colonne vertébrale (Revue médicale de l'Est, 1905).
- PARISOT (Pierre) et BARABAN. — Plaie de l'anus par arme à feu. Crime ou suicide (Revue médicale de l'Est, 1904).
- PELLIER. — Diagnostic médico-légal de la mort par pendaison. Thèse de Lyon, 1883.
- RECHTER. — Suicide ou homicide (Arch. Intern. de méd. lég., vol. III, fasc. I, 1912).
- REISS. — Manuel de police scientifique, vol. I. Paris, Félix Alcan, 1911.
- RJEMBAULT. — Pendaison suicide compliquée de blessures à la tête (Ann. H. publ. et méd. lég., 1867).
- RITTI. — Suicide, homicide (Dict. des sciences méd., 1884).
- SALIM-FAHRI. — Etude médico-légale de la strangulation par un lien. Thèse de Lyon, 1895.
- SCHOENFELD. — Suicide ou assassinat (Ann. H. pub. et méd. lég., t. I, 1879, p. 253).
- STOCKIS. — Instructions à la police sur l'emballage des pièces à conviction (Arch. intern. de méd. lég., vol. II, fasc. I et II, p. 51).
- STOCKIS. — Les empreintes digitales et palmaires invisibles (Arch. intern. de méd. lég., v. II, fasc. III, p. 196, et Ann. H. pub. et méd. lég., févr. 1911).
- STOCKIS. — Le diagnostic de l'asphyxie par submersion (cryoscopie). (Ann. H. pub. et méd. lég., oct. 1909, p. 314.)
- STOCKIS. — Les empreintes palmaires (Arch. intern. de méd. lég., 1911).

- TARDIEU. — Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation, la suffocation (2^e édit., 1879, p. 75).
- TAYLOR. — Traité de médecine légale (traduction COUTANE).
- THORE. — Suicide étrange d'un aliéné (Ann. médico-psychologiques, 1^{re} série, t. VII, p. 48).
- TOURDES. — La pendaison, la submersion, la suffocation, la strangulation, les blessures (Dict. encyclopédique des sciences médicale, 1884).
- TOURDES. — Six meurtres et un suicide (Ann. H. pub. et méd. lég., t. XXIII, p. 206).
- TOURDES et METZQUER. — Traité de médecine légale théorique et pratique, 1896.
- TOUSSAINT. — Réformes pratiques de l'expertise médico-judiciaire, spécialement à la campagne. Thèse de Nancy, 1911.
- VIBERT. — Suicide par section du cou simulant l'homicide (Ann. H. pub. et méd. lég., t. XXIV, p. 155).
- VIBERT. — Précis de médecine légale.
- VIGUIÉ. — De l'égorgement au point de vue médico-judiciaire. Thèse de Lyon, 1891.
- WEINFELD. — Cryoscopie du sang comme moyen de diagnostic de la mort par submersion. Thèse de Jassy, Roumanie, 1910).
-

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	5
PREMIÈRE PARTIE	
Éléments généraux de diagnostic différentiel du suicide et de l'homicide	12
DEUXIÈME PARTIE	
CHAPITRE PREMIER. — Diagnostic de la pendaison suicide, homicide et simulée	27
<i>Tableau résumé</i>	74
CHAPITRE II. — Diagnostic de la submersion suicide, homicide et simulée	75
<i>Tableau résumé</i>	91
CHAPITRE III. — Diagnostic de la strangulation suicide, homicide et simulée	92
<i>Tableau résumé</i>	119
TROISIÈME PARTIE	
Diagnostic du suicide et de l'homicide par armes à feu (revolver)	120
<i>Tableau résumé</i>	158
QUATRIÈME PARTIE	
Diagnostic du suicide et de l'homicide par instrument tranchant, tranchant et piquant, tranchant et pesant	159
<i>Tableau résumé</i>	204
RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS	205
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	208

